

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0320

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0320

Autor: Vargas, Leoni Antu

Título: Cuidando e ressignificando o pro



972491941

Ac. 241530

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CUIDANDO E RESSIGNIFICANDO O PROCESSO DE SER E VIVER
DA MULHER COM CÂNCER**

Florianópolis, julho de 1999

LEONI ANTUNES VARGAS

**CUIDANDO E RESSIGNIFICANDO O PROCESSO DE SER E VIVER
DA MULHER COM CÂNCER**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do título
de Enfermeira**

ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. ALCIONE LEITE DA SILVA

SUPERVISORA: EVA ZELNIR DA CRUZ

AGRADECIMENTOS

Com o objetivo alcançado, quero manifestar o meu reconhecimento e agradecimento a todos que, de forma direta ou indireta, colaboraram para esta construção e, em especial:

A Deus – Sinônimo de amor, paz e felicidade. Por dar-me confiança, coragem e luz nesta desafiadora caminhada, por permitir meu crescimento pessoal, fortalecimento e amadurecimento espiritual.

A Meus Pais – pela vida e ensinamentos, exemplos de luta, trabalho, humildade e sabedoria. Pela participação constante nos momentos de alegrias e de tristezas, pelos estímulos, incentivos, pelos aplausos freqüentes. Pelas infinitas provas de amor, carinho e dedicação. A vocês devo tudo o que tenho e quem sou.

Aos meus irmãos – pelo companheirismo, carinho, respeito, admiração, proteção, com vocês aprendi a compartilhar, viver e amar. Cada um com sua contribuição individual e ao mesmo tempo especial. Seres diferentes mas unidos pelo amor.

Aos sobrinhos - fonte de minhas inspirações, pois representam amor, carinho, pureza e ingenuidade. Sinônimo de alegria e beleza transmitidos em um sorriso de criança.

A Deise - minha afilhada, meu anjo e tesouro, a quem amo e dedico atenção e carinho. Ser iluminado, alma pura e dócil, que apesar de sua pouca idade já se mostra superior, capaz de se doar a que ama.

A Itamara, “Mana”, Amiga, companheira, comadre; obrigada por estar sempre presente, respeitar minhas ansiedades e conflitos, por estar sempre de braços abertos, oferecendo seu ombro nas horas difíceis, e compartilhando os momentos felizes. Amigas..., pois emerge da essência do ser este sentimento puro e verdadeiro, sempre forte, autêntico e indestrutível.

A Alcione – Que acreditou em meu potencial, soube respeitar os meus limites, com sabedoria investiu em meu crescimento, pela confiança em mim depositada, pela preciosa orientação e estímulo, pela oportunidade do convívio no compartilhar do conhecimento e pela sensibilidade em permitir um caminhar criativo. Agora sei que não foi por acaso que Deus entrelaçou nossos caminhos.

A Mara Lúcia e Ana Paula, amigas e companheiras fiéis, responsáveis por ter dado vários passos em minha vida, pois em vários momentos compactuaram comigo, para vencer os desafios, unidas por um indestrutível laço de amor, amizade e cumplicidade. Sentimento este que nem o tempo ou a distância poderá interferir.

A turma e em especial as Amigas: Lisian pelo seu companheirismo, carinho, disponibilidade, sempre pronta a servir sem nada pedir, a você devo gratidão, respeito,

ajuda e carinho; e a **Isabel**, a quem aprendi a respeitar e admirar por sua garra e grandeza de espírito, simpatia constante, ajuda e carinho. Obrigada pela oportunidade de convívio.

As colegas Cátia, Fernanda, Ana Cláudia, pela oportunidade do convívio no compartilhar de experiências e conhecimentos, lembranças, pela troca e respeito mútuo.

A enfermeira Evanguelia – pelas contribuições a este trabalho. A minha admiração, o meu respeito e agradecimento.

Eva e demais funcionários do HC - pela supervisão e apoio constante. Sei que torceram por mim. O meu reconhecimento e respeito.

As clientes – companheiras de caminhada, que consentiram em participar desta construção coletiva, que mesmo no anonimato, surgiram nestas páginas, o meu reconhecimento pelos ensinamentos, apoio e participação ativa neste trabalho. Sem vocês este trabalho não teria acontecido.

A meu amigo José Francisco que presenciou parte desta caminhada, me incentivando, e hoje encontra-se em outra dimensão, fica a saudade.

A tia Lica com quem compartilhamos carinho, amor sabedoria, ensinamentos, tudo o que pode haver entre uma mãe e uma filha vivemos, agora restam saudades.

RESUMO

Neste trabalho, descrevemos uma experiência de cuidado de mulheres com câncer, com base em um referencial teórico construído a partir de idéias contidas no Cuidado Transdimensional, proposto por Silva, buscando promover uma ressignificação no processo de ser e viver destas mulheres. Considerando a natureza inovadora deste referencial, construímos uma metodologia que contemplou a realização de oficinas em grupo e individual, tendo a construção de mandalas como forma de identificar questões para reflexão. Neste processo, foi utilizada musicoterapia e visualização criativa. Esta prática foi desenvolvida, em grupo, com vinte mulheres e individual com cinco, tendo descrito três destes processos de cuidado. Todas as mulheres estavam internadas no Anexo Joana de Gusmão do Hospital de Caridade, da cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Com base nos diálogos reflexivos, emergiram significados que foram organizados em três categorias, a saber: processo de ser e viver doente, processo de ser e viver saudável e, atendimento à saúde pela Instituição. Da análise desta prática, concluímos que o referencial teórico e a metodologia escolhida se mostraram efetivas no processo de cuidado de mulheres com câncer.

SUMÁRIO

1 - DELIMITANDO MINHA NOVA CAMINHADA	9
1.1 – OBJETIVOS	14
1.1.1 - OBJETIVO GERAL	14
1.1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 - A MULHER E A SOCIEDADE	15
2.2 - A MULHER E SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	17
2.3 - VISÃO TRADICIONAL E EMERGENTE DO PROCESSO DE VIVER COM CÂNCER	19
2.3.1 - UMA VISÃO TRADICIONAL	20
2.3.2 - UMA VISÃO EMERGENTE	39
2.4 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER QUE VIVENCIA O CÂNCER	49
2.4.1 – MANDALA	51
2.4.2 - VISUALIZAÇÃO CRIATIVA	54
2.4.3 - A MÚSICOTERAPIA	59
3 - REFERENCIAL TEÓRICO	62
3.1 - BIOGRAFIA DA AUTORA	63
3.2 - PRESSUPOSIÇÕES FILOSÓFICAS	64
3.3 - CONCEITOS BÁSICOS	65
3.3.1 - CONCEITOS	66
4 - METODOLOGIA	81
4.1 - REFERENCIAL METODOLÓGICO	82
4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	87
4.3 - PROCESSO DE CUIDADO	87
4.3.1 - ENTRADA NA INSTITUIÇÃO	88
4.3.2 – APRESENTAÇÃO	88
4.3.3 - PERÍODO DE OBSERVAÇÃO	88
4.3.4 - FORMAÇÃO DO GRUPO	88

4.3.5 - REALIZAÇÃO DE OFICINAS	88
4.3.6 - CONSTRUÇÃO INDIVIDUAL	90
4.3.7 - OPORTUNIZAR O CUIDADO INTEGRAL	90
4.3.8 - AVALIAÇÃO	90
4.4 - ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	90

<u>5 - APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS BEM COMO AS ESTRATÉGIAS E AVALIAÇÃO</u>	92
--	-----------

<u>6.0 - PROCESSO DE CUIDADO</u>	96
---	-----------

6.1 - ENTRANDO NO CAMPO	98
6.1.1 - PERÍODO DE OBSERVAÇÃO	99
6.1.2 - FORMAÇÃO DOS GRUPOS	100
6.1.3 - REALIZAÇÃO DE OFICINAS	100
6.1.4 - CONSTRUÇÃO INDIVIDUAL	113
6.2 - OPORTUNIZAR O CUIDADO INTEGRAL	133
6.3- AVALIAÇÃO	134

<u>7 - SIGNIFICADOS EMERGENTES</u>	135
---	------------

7.1 - PROCESSO DE SER E VIVER DOENTE	135
7.2 - PROCESSO DE SER E VIVER SAUDÁVEL	140
7.3- ATENDIMENTO À SAÚDE PELA INSTITUIÇÃO	144

<u>8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	152
--	------------

<u>9 – CRONOGRAMA</u>	156
------------------------------	------------

<u>10 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	157
--	------------

<u>11 - ANEXOS</u>	160
---------------------------	------------

1 - DELIMITANDO MINHA NOVA CAMINHADA

Se compararmos a vida a uma caminhada em direção ao nosso ser e ao ser dos outros, teremos que nos dar conta de que cada passo parece ser sempre uma novidade, acompanhado de incertezas e surpresas. É nessa trajetória que estamos aqui dando mais um passo, e descrevendo uma prática assistencial, equivalente ao trabalho de conclusão de curso. Enquanto caminhamos, refletimos sobre alguns significados que demos a nossa história de vida, afinal não estamos aqui por acaso. Nas pegadas deixadas para trás e que se fazem presentes hoje, destacamos a adolescência, período no qual talvez esteja a essência da escolha da profissão. Aquele período foi marcado por um amadurecimento precoce, face as dificuldades vivenciadas com a doença materna, a qual sofria de problemas pulmonares. Ela se recusou a procurar recursos médicos em protesto ao descaso paterno. Com apenas 12 anos, passamos momentos difíceis à cabeceira de sua cama, atravessando noites em claro, com as mãos atadas sem saber o que fazer. Só restava vigiar cada suspiro, os quais por vários momentos pareciam faltar. O desespero e o medo dela vir a morrer, sem que nada pudéssemos fazer, era tão grande que não há explicação. A sensação de incapacidade diante de uma situação tão delicada é traumatizante e só quem vive pode compreendê-la. Ver um ser amado definhando dia a dia é uma experiência que jamais esquecemos. Naqueles momentos, sentimos a supremacia daquele que pode e sabe cuidar do outro, que dispõe de conhecimentos e habilidades técnicas necessárias, bem como a importância do

amor para poder ajudar o outro ser a superar os momentos difíceis do processo de estar doente.

Mais tarde, passamos a cuidar de parentes enfermos que vinham do interior para nossa casa buscar recursos para o cuidado a saúde, como a avó que só aceitava os nossos cuidados. Outrora fora uma tia que, após sofrer um Acidente Vascular Cerebral, que lhe acarretou uma hemiplegia, permaneceu por vários dias em nossa casa, a qual dedicamos toda a nossa atenção. Ela sempre dizia que “o tempo custava passar quando estava ausente, mas quando chegava era como se uma luz forte acendesse e tudo se clareava”. Lisonjeadas nos sentíamos ao ouvir isto, mas sabíamos que sua recuperação não dependera unicamente de nós, e sim de sua vontade própria. Não detínhamos, naquela época, nenhum conhecimento científico, mas experimentamos a sensação de paz, harmonia e prazer por estarmos contribuindo de alguma forma para a recuperação de uma pessoa querida. Sentimento este, que não sabemos se já foi explicado pela ciência, mas, de alguma forma, já fazia parte do nosso ser. Não acreditávamos que os nossos cuidados pudessem reverter a situação ou as seqüelas deixadas pelo AVC, que até então achávamos ser permanentes, mas algo dentro de nós dizia que o cuidado amoroso e atento poderia contribuir para que nossa tia descobrisse razões para viver e até sorrir novamente, ou seja, encarar a vida de uma forma diferente. Isto de fato aconteceu, através de uma recuperação surpreendente. Este processo, no qual o ser é capaz de dar saltos quali-quantitativos, de buscar novas formas de ser e viver consigo e com os outros, Silva (1997) denomina de processo de morte-renascimento.

Outro momento de importância em nossa vida foi a vivência como acadêmica, na qual tivemos a oportunidade de conhecer vários métodos de cuidado. O tradicional, com uma visão puramente biológica, voltada a medicina curativa, tendo como centro de estudo a

doença. Outros mais amenos tentando ver o ser como um todo, mas este “todo” limitava-se ainda ao palpável. Alguns abriam o enfoque a família, meio ambiente e cultura, com discursos de humanização da assistência, de ver um cliente com uma visão “holística”, mas nunca definiam nem mostravam em suas práticas o que seria esta visão.

Até que chegou um momento em que tivemos a oportunidade de realizar o estágio de Intercorrências Clínicas com a professora Dra. Alcione Leite da Silva, a qual mostrou nova perspectiva, com proposta de tecnologias inovadoras do cuidado, aplicando na prática suas inovações e fazendo surtir efeitos. Explicitando o cuidado como um fenômeno complexo e plural, ampliava para nós o campo de ação, saindo do plano convencional e transcendendo para uma visão universal, indo além da noção de espaço e tempo.

Outro fato que nos chamava a atenção é que não havia só a preocupação com o cliente, mas também conosco. Esta professora dizia que éramos parte integrante do cuidado e, assim, devíamos nos cuidar para podermos melhor cuidar do outro. Deste modo, todas as tecnologias desenvolvidas com os clientes eram igualmente desenvolvidas em nós. Dentre elas, destacamos: toque terapêutico, musicoterapia, relaxamento, reflexologia e a arte através de mandalas, a qual podíamos refletir sobre questões, dentre as quais destacamos: como me vejo? como me vejo no mundo? como me vejo na enfermagem? como vejo a enfermagem no mundo?

Foram experiências inesquecíveis. Lembramo-nos vividamente da construção de mandalas, pois pudemos, através da sua construção, olhar para nosso interior e em seguida exteriorizar os sentimento através da arte e interpretá-los de forma significativa. Surpreendemos a nós mesma, pois descobrimos valores que dávamos às coisas, aos fatos e aos sentimentos, antes desconhecidos ou não refletidos. Da mesma forma, o diálogo

reflexivo contribuiu para uma melhor compreensão dos nossos sentimentos e significados dados às diversas situações vivenciadas.

Em um outro momento, desenvolvemos com clientes práticas de relaxamento associada à visualização criativa, surtindo resultados surpreendentes no estado geral deles. Sentíamos muito empolgadas, principalmente com a boa receptividade deles àquelas formas inovadoras de cuidado. Relatavam sensações de bem-estar, vontade de repetir, e curiosidades por outras abordagens, como cromoterapia. Aquelas experiências de cuidado foram marcantes e serão lembradas quando recordarmos os dias de estudante de graduação. Concordamos, assim, com Silva (1997) de que o cuidado é essencial ao processo de ser e viver dos seres humanos, auxiliando-os na construção e reconstrução de suas totalidades, integridades e unicidades, em suas inter-relações com o meio ambiente.

Ao eleger o cuidado como uma dimensão importante de nossa prática, buscamos, neste trabalho, dar continuidade ao estudo das colegas Ana Paula Stelmach da Silva e Mara Lúcia Monteiro (1999), com quem compartilhamos grande parte da trajetória, durante o curso. Assim, havíamos planejado, anteriormente, o desenvolvimento deste trabalho em conjunto. Contudo, este teve de ser alterado em face de ter-nos atrasado um semestre escolar.

Deste modo, mantendo a opção das autoras citadas anteriormente, buscamos desenvolver um processo de cuidado com mulheres que vivenciam o processo de estar com câncer, aqui mais especificamente com câncer de mama e linfoma de Hodgkin. Como bem referem Silva e Monteiro (1999), a escolha desta clientela emerge da necessidade de aprofundar os nossos conhecimentos, preenchendo as lacunas deixadas pela formação escolar. Por outro lado, há uma consciência crescente da necessidade de se investir esforços em aprofundar os conhecimentos sobre o processo saúde-doença das mulheres com

câncer, buscando a partir daí, caminhos para uma maior qualidade do processo de ser e de viver destas mulheres na sociedade.

Ainda na perspectiva de Silva e Monteiro (1999), mantemos a opção pelo referencial teórico do Cuidado Transdimensional de Silva (1997), cujas crenças e valores compartilhamos. A partir deste referencial, buscamos cuidar e ressignificar o processo de ser e viver da mulher com câncer. Para tal, utilizamos algumas expressões estéticas do Cuidado Transdimensional, como a arte através das mandalas, visualização criativa e musicoterapia.

Este estudo foi realizado na área oncológica do Hospital de Caridade, Anexo Joana de Gusmão, por haver uma maior facilidade no que se refere a aceitação e colaboração dos demais profissionais da instituição. Este local foi utilizado pela primeira vez por Silva e Monteiro (1999), as quais venceram a resistência que as instituições tem de aderir a propostas inovadoras, abrindo as portas para a implantação e pesquisa das mesmas. Seu desenvolvimento se deu no período de 12/04 à 26/07/1999, totalizando 306 horas, sendo 220 horas destinados ao estágio e 86 horas ao planejamento e relatório.

Espero que este estudo possa avançar as contribuições dadas pelo estudo de Silva e Monteiro (1999) e abrir novas perspectivas de cuidado a esta clientela.

1.1 – OBJETIVOS

1.1.1 - OBJETIVO GERAL

- Cuidar de mulheres com câncer, internadas no Anexo Joana de Gusmão do Hospital de Caridade, com base em um referencial teórico, construído a partir das idéias de Silva, buscando promover uma ressignificação no processo de ser e viver destas mulheres.

1.1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver na prática um referencial teórico e uma metodologia, com base nas idéias de Silva (1997);
- Ampliar o conhecimento acerca das ações de enfermagem no cuidado de mulheres com câncer;
- Refletir sobre esta experiência com o cuidado de mulheres com câncer, analisando a adequação do referencial e da metodologia à prática;
- Desenvolver algumas tecnologias inovadoras de cuidado, dentre elas Visualização Criativa e Mandalas;
- Realizar e aperfeiçoar as minhas ações de enfermagem no cuidado das mulheres com câncer;
- Promover a ressignificação do processo de ser e viver de mulheres com câncer.

2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre a mulher e o processo de viver com câncer, bem como sobre o cuidado através da mandala, visualização criativa e da música para fundamentar este estudo. Assuntos como aspectos gerais e epidemiológicos do processo de viver com câncer, já foram abordados, e bem fundamentados no trabalho de Silva e Monteiro (1999), portanto não cabe aqui repetir. Aprofundamos, contudo, a compreensão da visão tradicional do câncer de mama e linfomas, que caracterizam as situações vivenciadas pelas mulheres com quem trabalhei. Complementamos esta visão com uma abordagem paradigmática contrária e possivelmente complementar da visão emergente do processo de viver com câncer e alguns aspectos referentes à mulher enquanto ser.

2.1 - A MULHER E A SOCIEDADE

A subordinação da mulher na sociedade, além de se manifestar como fenômeno milenar e universal, também figura como a primeira forma de opressão na história da humanidade. O surgimento de uma consciência crítica “feminista”, acerca dessa opressão específica e os movimentos de emancipação e libertação da mulher são fenômenos bastante recentes. Começam a se esboçar somente a partir do século XVII, com o advento do capitalismo e do alvorecer da “modernidade”, declinando-se com maior nitidez e amplitude

somente nas últimas décadas. Não foi, pois, ao acaso que Juliet Mitchell, citada por Costa (1984), referiu-se às lutas das mulheres como a mais longa revolução (Costa, 1984).

A categoria “feminismo” se refere a uma doutrina ou movimento social cujos adeptos principais ou “atores”, são geralmente mulheres, e cuja característica é definida pelas idéias de luta contra a opressão das mulheres e desiguais oportunidades em relação aos homens e, conseqüentemente, pela crítica às formas hierarquizadas de relacionamento social (Barsted, Alves, 1987).

O questionamento das hierarquias das relações de gênero, ou seja nas relações sociais que se estabelecem entre homens e mulheres e seus desdobramentos mais amplos (sociais, políticos, econômicos e jurídicos), distingue o feminismo como doutrina e, assim, embora os movimentos feministas sejam sempre movimentos essencialmente de mulheres, certo é que nem todos os movimentos de mulheres se estruturam em torno de uma doutrina feminista. Ao contrário, a história está repleta de exemplos em que mulheres têm se mobilizado e se organizado, inclusive para lutar por questões muitas vezes específicas à condição de mulher, sem que isso tenha implicado em amplo reconhecimento e, conseqüentemente, em questionamentos da sua situação na sociedade (Costa, 1984).

Alambert (1987) coloca que o feminismo como instrumento de luta da mulher por sua liberação não pode ser avaliado neste ou naquele país, fora de determinadas condições econômicas, político-sociais e culturais, ou ignorando-se os reflexos destas condições na vida da mulher e em seu grau de consciência para transformá-la. Neste sentido, graças a luta do feminismo está claro hoje que a posição das mulheres na vida social não é um produto direto e imediato do que elas fazem mas do significado que adquirem suas atividades através da interação social concreta (Lopes citado por Silva e Monteiro, 1999).

Neste sentido, citando Simone de Beauvoir citada por Kergoat (1996, p.26) diria que : “Eu não acredito que existam qualidades, valores modos de vida especificamente femininos: seria admitir a natureza feminina, quer dizer aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas tornarem-se seres humanos na sua integralidade”.

Hoje está evidente que a excessiva ênfase no método científico e no pensamento racional, analítico levou as atitudes profundamente antiecológicas e de repressão às mulheres (Merchant, citado por Silva, 1997). Esta repressão tem se manifestado nas esferas pública e privada da sociedade.

As mudanças no conhecimento sobre a mulher vêm ocorrendo em paralelo com reviravoltas que também se dão no âmbito do conhecimento de outros objetos, em grande medida sem diálogos assumidos, o que parcializa e segmenta o conhecimento (Costa & Bruchini, citado por Silva e Monteiro, 1999). Estas Mudanças tendem a se refletir em todas as instâncias da vida da mulheres, inclusive no seu processo saúde-doença. Ou seja, começa-se a pensar que a mulher requer cuidados específicos, individuais, que a consideram como uma totalidade complexa, multidimensional, inserida em um tempo histórico e cultura determinados. Um cuidado que, de certo modo, é diferenciado daquele requerido pelo homem.

2.2 - A MULHER E SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As questões, relacionadas com a saúde da mulher, têm gerado preocupações para a sociedade em geral. Por isto os órgãos governamentais desenvolveram programas de

saúde específicos às mulheres buscando melhor qualidade de vida e saúde destas. O PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), criado pelo Ministério da Saúde tem por base o cuidado da saúde das mulheres de forma preventiva e curativa. Deste modo podemos verificar grandes ações, abrangendo as mulheres de todas as camadas sociais, com grande retorno, pois a cada ano, aumentam a procura de instituições de saúde de forma preventiva por parte das mulheres, e diminuem o número de casos de diversas doenças, como o câncer, após as campanhas realizadas. Porém, acreditamos que tais ações teriam mais êxito se realizadas de forma individualizada, considerando cada ser único (Silva e Monteiro, 1999).

Strey, citado por Silva e Monteiro (1999), aponta como alternativa a promoção da saúde da mulher com vistas a educá-la e despertá-la na busca dos meios que preservem sua saúde nas diferentes fases da vida (adolescência, período reprodutivo e maturidade). Promover a saúde da mulher remete à necessidade de gerar um espaço no qual a mulher também possa expor suas dúvidas, obter informações e buscar soluções para praticar o auto-cuidado, como um ser individual, porém com repercussões em um corpo social maior. Essa concepção de saúde subentende um certo número de diretrizes para a assistência à saúde e a possibilidade de se esboçar uma estrutura básica para uma abordagem holística. Assim entendida, a assistência à saúde consistirá em promover um processo de viver saudável da mulher, de sua família e de outros segmentos sociais. Um processo que requer a busca de novos níveis de consciência crítica. Isso significará pessoas cuidando da própria saúde, individualmente, como sociedade e com ajuda dos terapeutas (Silva e Monteiro, 1999).

Investir na promoção da saúde da mulher implica em mudanças estruturais das instituições, as quais incluem novos modelos de atenção à saúde. Deste modo, faz-se

necessário superar o sistema atual de assistência à saúde, cujas ações, na maioria das vezes, vêm padronizadas, sem considerar o individual, o contexto social e sua cultura (Strey, citado por Silva e Monteiro, 1999).

Promover a saúde implica abrir um espaço para a mulher apropriar-se do conhecimento sobre o seu corpo, sua fisiologia e, conseqüentemente, ampliar sua compreensão sobre os diferentes ciclos femininos, permitindo assim a possibilidade de vivenciar cada etapa mais plenamente (Strey, citado por Silva e Monteiro, 1999).

Aceitar essa responsabilidade individual, implica mudanças significativas de atitudes, no sentido de promover saudáveis hábitos de vida. É importante ter presente que a mulher só pode ter responsabilidade na medida em que tem liberdade de cuidar de si mesma; no entanto, essa liberdade é freqüentemente cerceada por pesados condicionamentos socioculturais (Strey citado por Silva e Monteiro, 1999).

Face ao exposto, concluímos que a mulher possui capacidades e potencialidades, devendo ser visualizada no seu todo, manifestando o seu pensar e sentir durante seu processo de ser e viver. O papel da mulher no mundo não se restringe unicamente a secundariedade, visto que ambos os sexos não se diferenciam na sua essencialidade e potencialidade. Enquanto função/atividade no mundo, ambos devem ter seus espaços para serem e viverem, construindo lado a lado uma nova sociedade mais justa e que favoreça a todos as mesmas oportunidades (Silva e Monteiro, 1999).

2.3 - VISÃO TRADICIONAL E EMERGENTE DO PROCESSO DE VIVER COM CÂNCER

Buscamos apresentar uma visão tradicional e emergente do câncer, procuramos contemplar definições, características e formas de tratamento e de cuidado com o ser que

vivência esta situação de doença em sua vida. Centrando a nossa atenção mais particularmente no câncer de mama e no linfoma de Hodgkin, por serem situações vivenciadas pelas mulheres deste estudo.

2.3.1 - UMA VISÃO TRADICIONAL

O câncer, segundo Brunner & Suddart (1994, p.292), “é um processo mórbido que se inicia quando células anormais surgem de células normais do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração mal compreendido. À medida que a doença evolui localmente, essas células anormais proliferam-se, ignorando os sinais reguladores do crescimento no microambiente que circunda a célula” (Brunner & Suddart, 1994).

O câncer é, assim, doença que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. O câncer mata pela invasão destrutiva de órgãos normais por estas células, por extensão direta ou por disseminação à distância, por sangue, linfa ou superfície serosa. O comportamento anormal das células cancerosas é geralmente espelhada por mutações genéticas, expressões de características ontológicas, ou secreção anormal de hormônios ou enzimas (câncer.htm, 1999).

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas e internas ao organismo, estando ambas interrelacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, enquanto que as causas internas são, geralmente, geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (Brasil-MS, 1996).

Todos os cânceres invadem ou se metastatizam, mas cada tipo específico tem características clínicas e biológicas, que devem ser estudadas para um adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento (câncer.htm, 1999).

➤ **Estadiamento Geral do Câncer:**

Estágio 1 – Localizado. Geralmente, confinado ao órgão de origem. Geralmente curável com medidas locais, como cirurgia ou irradiação (câncer.htm, 1999).

Estágio 2 – Regional. Estende-se para fora do órgão de origem, mas mantém a proximidade, como em linfonodos, por exemplo. É às vezes curável com medidas locais (cirurgia e irradiação), às vezes em conjunto com a quimioterapia (câncer.htm, 1999).

Estágio 3 – Extenso. Estende-se para fora do órgão de origem atravessando vários tecidos. É geralmente irresssecável cirurgicamente, devido ao comprometimento de estruturas vitais. O tratamento local ou sistêmico depende das características do tumor. Em geral não tem bom prognóstico (câncer.htm, 1999).

Estágio 4 - Disseminado difusamente. Pode envolver medula óssea, e múltiplos órgãos distantes. Raramente curável (câncer.htm, 1999).

➤ **Modalidades Terapêuticas (câncer.htm, 1999)**

1 – CIRURGIA é o mais antigo e mais definitivo, quando o tumor é localizado, em circunstâncias anatômicas favoráveis. Para alguns tipos de câncer, apenas a cirurgia não é suficiente, devido à disseminação de células cancerosas local ou difusamente.

2 – RADIOTERAPIA é o mais utilizado para tumores localizados que não podem ser ressecados totalmente, ou para tumores que costumam recidivar localmente após a cirurgia.

Tem sérios efeitos colaterais, principalmente por lesão de tecidos normais adjacentes ao tumor. A quantidade de radiação utilizada depende do tipo de tumor, e é medida em *rads*.

3 – QUIMIOTERAPIA foi o primeiro tratamento sistêmico para o câncer. Na maioria das vezes, consiste em uma associação de drogas, pouco eficazes se utilizadas sozinhas, pois nos tumores há subpopulações de células com sensibilidade diferente às drogas antineoplásicas. Os mecanismos de ação das drogas são diferentes, mas sempre acabam em lesão de DNA celular. A toxicidade contra células normais é a causa dos efeitos colaterais (náuseas, vômitos, mielossupressão), mas normalmente é adjuvante, após tratamento cirúrgico ou radioterápico.

4 – TERAPIA BIOLÓGICA usa-se modificadores da resposta biológica do corpo frente ao câncer, “ajudando-o” a combater a doença (linfoquinas, anticorpos monoclonais). Usa-se também drogas que melhoram a diferenciação das células tumorais, tornando-as de mais fácil controle. Este tipo de tratamento, em estudo é o mais promissor para o futuro.

O sucesso da terapia contra o câncer depende da escolha da combinação de dois ou mais modalidades de tratamento, necessitando muito a cooperação entre especialidades. O suporte geral também é muito importante, incluindo controle de distúrbios metabólicos, infecciosos, cárdio-pulmonares, freqüentes nos paciente submetidos a tratamentos agressivos (câncer.htm, 1999).

2.3.1.1 - CÂNCER DE MAMA

A glândula mamária desenvolve-se a partir da puberdade, especialmente no sexo feminino. Nessa fase, a mulher sofre alterações fisiológicas, hormonais e estéticas na mama, alterações representativas para a mulher e que as vezes se constituem em fatores de medo

que determinam a relutância de consultar um médico no caso de aparecimento de alguma deformação (Gueler, 1990).

Geralmente, o órgão mamário sofre alterações de caráter benigno, porém o carcinoma é bastante freqüente na sociedade atual. Muitas mulheres têm mamas com irregularidades nodulares, devendo se submeter imediatamente a uma avaliação médica (Gueler, 1990).

Durante a vida da mulher, podem apresentar-se moléstias fibrocísticas (20-25 anos), fibroadenomas (20-40 anos) e papilomas intraductários (35-45 anos). Estas moléstias são benignas. O câncer da mama aparece, geralmente, na menopausa ou pós-menopausa, sendo muito raro encontrar carcinomas em mulheres com menos de 30 anos (Gueler, 1990).

Também nas meninas adolescentes, entre 10 e 20 anos, podem aparecer neoformações, facilmente identificáveis, que não causam dor e podem se removidas facilmente; não são malignas e em geral não têm condições de se transformarem em câncer (Gueler, 1990).

Segundo Barros (1994), o período crítico de oncogênese da mama parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação à termo. O lóbulo mamário, nessa fase, encontra-se em franca divisão celular. Quando a proliferação é intensa, a célula fica mais vulnerável e agentes carcinogênicos, tornando-se mais suscetível a manutenção e a transformação maligna (Barros, 1994).

Assim, conforme Barros (1994), a maioria dos fatores de risco atualmente identificáveis, parece atuar nessa “janela” de risco compreendida desde a puberdade até a idade de mais ou menos 20 anos. O desenvolvimento da doença é lento, expressa-se clinicamente com maior freqüência a partir dos 35 anos e é cada vez mais freqüente com o progredir da idade.

Há uma segunda “janela” de risco na idade da perimenopausa, período em que normalmente o tecido epitelial mamário deve involuir. Influências estimulantes da proliferação tecidual nessa fase, ao interferir com o equilíbrio funcional do órgão, podem precipitar a eclosão de um câncer. Em contrapartida, o período de menacme (período de atividade menstrual da mulher), existe uma certa refratariedade a estímulos carcinogênicos (Barros, 1994).

Para Gueler (1990), na patologia tumoral da mama, existem determinadas neoformações císticas que aumentam com a menstruação e que em geral aparecem após os 30 anos. O sintoma principal é dor na palpação, a sensação persistente de lesão. Geralmente não são malignas, embora posteriormente possa se instalar um câncer (Gueler, 1990).

Uma publicação da revista Medical News (1991) chama a atenção quanto ao diagnóstico de câncer de mama durante a gravidez, e a preocupação quanto ao forte impacto emocional na mulher. Felizmente, esta associação é pouco frequente, sendo estimada entre 0,2 e 3,8% dos casos, ou seja, três deles em cada dez mil gestações. A maior frequência encontra-se no grupo etário compreendido entre os 30 e 38 anos. Inicialmente, acreditava-se que o alto teor hormonal durante a gravidez exercia uma influência negativa sobre o carcinoma de mama, que aparentemente, este tipo de câncer não teria receptores estrogênicos quantificáveis, ou poderia estar totalmente ocupado pelas moléculas de estrógenos circulantes. Dessas hipóteses, a primeira parece mais confiável. Essas teorias permitiram o esclarecimento de dois aspectos: o aborto não melhora o prognóstico do tumor e a gravidez não constitui um fator desfavorável para sua evolução (Medical News, 1991).

➤ **Fatores de Risco:**

Embora tenham sido identificados múltiplos fatores de risco para o câncer da mama, reconhecidos tanto pelas mulheres como por seus médicos, existe confusão em relação à magnitude do aumento de risco associado com muitos destes fatores, entre as interações dos fatores de risco e o que fazer com as mulheres identificadas como de “alto risco” (COR, 1995).

➤ **A conexão genética**

A presença de um fator genético no aparecimento do câncer de mama é conhecida desde os fins do século passado, através da história familiar da doença, sendo a mesma provavelmente o fator de risco mais amplamente reconhecido.

O risco desse tipo de câncer aumenta se o familiar da paciente portador da doença é de primeiro grau e, aumenta ainda mais se o câncer apareceu antes da menopausa e se amplia bilateralmente. Portanto, diminui o risco, mesmo com a ocorrência de tumor em familiares, quando a mulher ultrapassa a idade dos 60 anos (MEDICAL NEWS, 1991).

Mais recentemente, tornou-se aparente que alguns cânceres da mama são herdados geneticamente, variando com a idade em que é feito o diagnóstico. Entretanto, estes gens conferem uma elevação substancial no risco, com uma probabilidade de câncer da mama calculada em 90% na idade de 80 anos (COR, 1995).

Portanto, confirmar-se efetivamente a presença de fator genético no desenvolvimento de tumores malignos da mama. A carcinogênese se progrediria a partir de alterações que ocorrem a nível molecular, até o aparecimento de alterações citológicas da neoplasia (MEDICAL NEWS, 1991).

A suscetibilidade herdada parece estar relacionada com um gen do cromossoma 17, ainda não identificado, e com um gen com poder supressor, o P 53. Uma vez confirmadas tais investigações, este último poderia ser convertido em um verdadeiro marcador genético, mediante o qual seria possível antecipar a possibilidade de aparecimento da doença e até modificar seu prognóstico (MEDICAL NEWS, 1991).

Os casos de câncer de mama transmitidos hereditariamente tendem a ocorrer em idade mais precoce (em torno dos 40 anos) e apresentam mais chance de bilateralidade. Embora os mecanismos de transmissão genética não sejam bem definidos, eles são baseados em transmissão autossômica. Logo, os homens podem também transmitir genes deletérios, bem como desenvolver o câncer de mama, de menor frequência que as mulheres, mas com maior gravidade.

Estima-se que a transmissão genética dominante do câncer de mama oscila, na população geral, entre 6 por 10.000 e 8 por 10.000. Nas mulheres geneticamente suscetíveis, a possibilidade de desenvolvimento de uma neoplasia mamária estaria entre 0,57 e 0,92% (MEDICAL NEWS, 1991).

➤ Fatores Hormonais

Foram descritos vários fatores de risco hormonais. Em geral, o risco de câncer da mama parece aumentar com a exposição prolongada aos estrógenos e progesterona, e reduzir com o inverso. Portanto, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, e terapia de substituição hormonal aumentam o risco, enquanto gestação precoce, lactação prolongada e atividade física intensa reduzem o risco. A maioria destes fatores hormonais aumentam ou reduzem o risco por fator de 2 a 3%, e isoladamente não definem a população que é realmente de “alto risco” (COR, 1995).

➤ Doença Benigna da Mama

Aproximadamente 70% das biópsias da mama feitas por doença benigna demonstram lesões não proliferativas, que não estão associadas com aumento de risco do câncer da mama. Lesões proliferativas sem atipias apresentam risco relativo de 1.5 a 2.0%, e hiperplasia atípica aumenta o risco relativo para 5%. É importante notar que estas determinações de risco foram feitas usando definições patológicas restritas e que os critérios usados pelos patologistas para diagnosticar atipias variam amplamente. O carcinoma lobular *in situ*, tem sido tradicionalmente considerado como sendo lesão maligna, devendo ser mais provavelmente considerado como fator de risco (COR, 1995).

➤ Idade

Um fator de risco maior, muitas vezes ignorado, é a idade. Metade do risco da mulher, durante a vida, ocorre após a idade de 65 anos. Na ausência de fatores de risco maiores, o risco de câncer da mama entre as idades de 35 e 55 é de apenas 2.5%. Apesar disso, mulheres mais velhas constituem o grupo menos suscetível de ser submetido a *screening* para câncer da mama, por mamografia ou exame da mama (COR, 1995).

➤ Fatores ambientais

A exposição à irradiação ionizante podem aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer mamário, particularmente quando atuam na “janela” de risco entre a menarca e a primeira gestação à termo. Na prática, felizmente, os níveis de radiação necessários para atuar dessa maneira raramente são atingidos em se tratando de exames radiográficos. O que não podemos dizer frente a uma guerra nuclear, e a incidentes com Lixo atômico,

fluoroscopias múltiplas do tórax ou tratamento do linfoma de Hodgkin ou hipertrofia do timo, tendo em vista que aumentam o risco de câncer da mama (COR, 1995).

➤ **Fatores associado ao álcool**

Segundo Queiroz (1994), alguns estudos indicam haver maior risco com a ingestão moderada, porém outros estudos não confirmam esse fato. É provável que o consumo moderado de álcool esteja associado a outros fatores de risco (Queiroz, 1994).

➤ **Fatores nutricionais**

A obesidade associa-se de forma positiva ao risco de desenvolvimento de câncer de mama na pós-menopausa. Nesta época, o tecido adiposo apresenta inusitada capacidade de converter androstenediona em estrona, pela ação das aromatasas. Embora de baixa potência estrogênica, a estrona poderia desencadear a longo prazo proliferação não só do tecido mamário quanto do endométrio.

A ingestão excessiva de gordura de origem animal, polissaturadas aumenta por igual a chance de desenvolvimento de neoplasia mamária, talvez porque propicie o metabolismo intestinal dos esteróides biliares em estrogênio, sob a ação de bactérias.

É interessante observar que a correção da dieta e a redução do peso talvez sejam ainda os únicos fatores de risco em que o mastologista possa raramente atuar de forma simples e decisiva, diminuindo o risco de câncer de mama em 15 a 20%.

➤ **Fatores relacionados a raça**

Segundo Queiroz (1994), a incidência do câncer de mama é ligeiramente maior em mulheres da raça branca, quando comparadas com as da raça negra.

Manifestações Clínicas

Os sintomas são insidiosos. Um tumor indolor, que pode ser móvel, desenvolve-se na mama, geralmente no quadrante superior externo, mais freqüentemente à esquerda que à direita. Noventa por cento são encontrados pelas próprias mulheres ou seus companheiros. A dor geralmente está ausente, exceto nos estágios posteriores. Poucas mulheres tomam consciência do seu problema pela primeira vez através de um desconforto bem localizado que pode ser descrito com queimação, ardência ou dor. Algumas mulheres não apresentam sintomas e não possuem tumor palpável, mas apresentam uma mamografia anormal. Finalmente, em casos avançados, sem detecção e tratamento, pode ser observado um aspecto ondulado ou em casco de laranja, que é devido ao edema produzido por obstrução da circulação linfática na camada dérmica. Ao exame no espelho, a mulher pode observar assimetria e uma elevação da mama afetada. Pode haver retração do mamilo evidente bem como hemorragia e secreção pelo mamilo. Seguem-se ulcerações e metástases. O diagnóstico é feito mantendo-se um elevado índice de suspeita, anamnese completa e realização de um exame cuidadoso em um estudo mamográfico (Brunner, Suddarth, 1994).

Gueler (1990), igualmente, coloca que, em geral, se apresenta esta lesão tumoral no quadrante superior externo da mama e se dissemina rapidamente, aproveitando a via linfática até os linfonodos axilares. Quando a parte medial da mama é invadida, a artéria mamária interna conduz as células tumorais para diferentes regiões, instalando-se metástases no pulmão, cérebro e ossos. Existe uma classificação clínica universal, baseada no tamanho, nos linfonodos e nas metástases (Gueler, 1990).

Terapêutica aplicada

O câncer de mama é de tratamento cirúrgico, com extirpação do tumor. O método mais correto é a remoção completa do tumor com nódulos ganglionares e áreas musculares invadidas. Esta técnica proporciona cura em aproximadamente 65% dos casos, podendo-se instituir, posteriormente, um tratamento complementar com irradiação ou quimioterapia (Gueler, 1990).

Na mastectomia simples, executa-se a remoção do órgão mamário. Na mastectomia radical, extirpa-se a mama, todos os nódulos ganglionares até a axila e a musculatura peitoral. Os vasos são religados, deixando-se um sistema de sucção adequado no leito esvaziado. Os planos são fechados com um enxerto de pele, quando necessário (Gueler, 1990).

➤ Quimioterapia antineoplásica

A resposta à quimioterapia em doença avançada ocorre normalmente em dois a três meses após o início da terapêutica, e em alguns casos, até seis meses. A resposta é melhor nas metástases de pele e partes moles, que pode ocorrer em um mês. Porém, nas metástases para os ossos, fígado e pulmões requer várias semanas ou meses. Nas lesões ósseas, podemos melhorar a dor sem melhorar o aspecto metastático de lesão. A duração média da resposta é de um a três anos e em alguns casos, excepcionalmente, seis anos (Picolo 1985).

Pacientes estágio I de mama com invasão de vasos sanguíneos e/ou linfáticos devem receber quimioterapia adjuvante.

A presença de leucopenia é importante para avaliar a efetividade da quimioterapia, logo, é necessário o uso de doses terapêuticas para a obtenção da resposta, evitando-se o uso de subdoses. Em sistema de tumor, o sucesso da quimioterapia adjuvante depende do tipo do tumor e da dosagem da droga (Picolo, 1985).

➤ **Uso da radiação no tratamento oncológico**

Desde que foi descoberta a radiação, a sua utilidade foi mudando pelas sucessivas descobertas neste campo da Medicina. Atualmente a radiação é usada para diagnóstico, terapia e também para pesquisa. A radiação possui a capacidade de destruir as células malignas e evitar também sua disseminação.

É muito importante saber explicar a natureza das radiações, para que o pessoal que venha a trabalhar com elas conheça sua função e não tenha temor de usá-las. E, também, para que se possa transmitir os conhecimentos às pessoas em contato com elas.

Por meio de unidades isoladas e com intensidade diversas dos raios emitidos pelas mesmas, os pacientes são tratados com aplicações que atuam fundamentalmente sobre as células de crescimento, geralmente blastomas (Gueler, 1990).

As fontes mais comuns para a produção desses raios são o acelerador linear, os aparelhos de cobaltoterapia e o beatron (Gueler, 1990). Algumas características deste procedimento incluem:

- as radiações são os raios X e os raios gama (Gueler, 1990);
- a voltagem que se aplica vai desde um mil elétron-volts, até os aparelhos de alta intensidade que chegam a um milhão de elétrons-volts;
- a diferença entre um aparelho emissor de raios X e um aparelho de cobaltoterapia é que no primeiro a fonte deixa de emitir raios quando desligada;
- na máquina de cobalto 60, o aparelho continua a emitir radiações quando desligado, devendo-se manter obstruída a fonte emissora por blindagem. Este, de qualquer

maneira, não chega a filtrar totalmente a radiação; não é conveniente ficar mais que o tempo necessário na sala de cobaltoterapia;

- o interessante da fonte da cobaltoterapia é que a pele sofre pouco ao ser aplicada a radiação, porque a intensidade máxima fica a 0,5 cm abaixo da pele, decrescendo a sua potência à medida que as radiações penetram. Assim se podem tratar diversos carcinomas (cérvix uterino, laringe, linfomas e linfogranulomatose de Hodgkin).

Na fase preparatória de um caso cirúrgico o objetivo da radiação é eliminar as células que podem receber metástases. São as células periféricas e também diminuir o tamanho do tumor para melhor ressecção do mesmo (Gueler, 1990). Já no pós-operatório a radiação atua bem quando o tumor não é removido totalmente e também para obstruir o acesso das células cancerígenas ao sistema linfático (Gueler, 1990).

Para Picolo (1985), uma dose de radioterapia subletal ao tumor primário pode aumentar a frequência de tumor metastático. A radioterapia pós-mastectomia diminui a taxa de recidiva, porém não melhora a sobrevida, devido ao surgimento de metástase, a qual está relacionada com os fatores de risco do tumor (Picolo, 1985).

Segundo estudos de Cooper, citado por Picolo (1985), o uso de radioterapia pode comprometer a eficácia da quimioterapia adjuvante. O uso de radioterapia pós-mastectomia seguida de quimioterapia adjuvante quando comparado ao uso exclusivo da quimioterapia mostra resultado pior no primeiro grupo, tendo como fatores causais prováveis a demora no início da quimioterapia e a redução na dose das drogas devido à toxicidade causada pela radioterapia, principalmente devido a uma linfocitopenia persistente por 24 meses, o que pode também comprometer o equilíbrio imunológico do hospedeiro (Cooper apud Picolo, 1985).

No estágio III, a presença de metástase subclínica leva a um pobre prognóstico, com índice de sobrevida com radioterapia exclusiva de 25 a 40%. Logo, esta terapêutica deve ser associada à quimioterapia. A combinação de quimioterapia e radioterapia diminui o

índice de recidiva. O tratamento complementar, quando indicado, deve ser usado, pois aumenta efetivamente a sobrevida e o intervalo livre de doença (Picolo, 1985).

As marcas com tinta que o radiologista faz para delimitar os campos de aplicação, será o paciente instruído pela enfermeira, para não as apagar (Gueler, 1990).

A pele que fica irritada após as aplicações de raios X, será tratada unicamente seguindo a indicação do radioterapeuta. Nunca colocar cremes ou emulsões protetoras, nem friccionar. Sabemos também que diversas reações de origem sistêmica podem aparecer transitoriamente (febre, náuseas, etc.) (Gueler, 1990).

Desde que a metástase se desenvolva, a morte é inevitável. A metástase do câncer de mama pode ser paliativamente controlada com quimioterapia, assim como o prolongamento da sobrevida. Porém, nenhum caso é curado, desde que a metástase esteja estabelecida, sendo a comparação da sobrevida de pacientes com metástases tratadas ou não, praticamente igual. A causa de morte no câncer de mama é a metástase a distância (Picolo, 1985).

No momento do diagnóstico, mais de 50% das pacientes com neoplasia maligna de mama têm micrometástases disseminadas. Logo, o tumor que inicialmente parece ser cirurgicamente curável pode estar associado com doença metastática, concluindo-se que uma terapêutica adicional é necessária para a cura. No câncer de mama, as pacientes morrem numa taxa que excede da população normal, mesmo aos longos períodos de *follow-up*. A doença pode recorrer e matar o hospedeiro, mesmo após várias décadas do tratamento inicial. A hipótese de que o câncer de mama é uma doença sistêmica sugere que o controle local pode não ser tão importante para controle posterior, porém há evidência que um tratamento local inadequado influencia, adversamente na sobrevida (Picolo, 1985).

O crescimento tumoral leva ao aumento da heterogenicidade celular por anormalidades cromossômicas, o que aumenta a chance de surgirem várias populações celulares com diferentes respostas à quimioterapia antineoplásica, sendo os tumores maiores mais resistentes ao tratamento que os pequenos, os quais são sensíveis à quimioterapia adjuvante facilitado pelo tempo de duplicação celular mais curto. A fração de crescimento tumoral é inversamente proporcional ao tamanho do tumor e as micrometástases são mais sensíveis à quimioterapia antineoplásica do que o tumor primário, pois este, normalmente, é de volume maior. A terapia que é de reduzida efetividade contra tumor macroscópico, é freqüentemente muito efetiva e mesmo curativa, quando aplicada a tumores macroscópicos (Picolo, 1985).

O mecanismo de defesa imunológica é mais efetivo contra o tumor mínimo, logo, a cirurgia e a radioterapia podem aumentar indiretamente a defesa imunológica pela diminuição da massa tumoral (terapias citorreduzidoras). O crescimento do tumor sólido leva a uma progressiva depressão da imunidade celular e específica ao tumor (Picolo 1985).

Segundo estudos de Picolo (1985), exames histopatológicos cuidadosos de mamas de pacientes mastectomizadas revelam alta percentagem de tumor em áreas fora do sítio primário. O número de linfonodos comprometidos é o melhor parâmetro prognóstico, caindo a sobrevida de 80% nas pacientes sem linfonodos comprometidos para 40% nas com linfonodos positivos nível I. Além dos linfonodos comprometidos, existem outros fatores de risco: diferenciação citológica, permeação linfática e invasão de vasos sanguíneos e do tecido em torno do tumor. Pacientes com todos estes achados negativos têm sobrevida de 100% em 10 anos. Com todos sinais positivos, esta percentagem cai para 30%, devendo este grupo iniciar tratamento adjuvante. Foi observado também, que 69% dos pacientes com recidiva desenvolvem metástase à distância, principalmente nos dois primeiros anos

pós recidiva. A recidiva piora o prognóstico, pois aumenta a incidência de metástase, logo, quando há recidiva é provável a existência de metástase oculta. Após o controle da recidiva, é importante a indicação de quimioterapia adjuvante, a qual também diminui o índice de recidiva se utilizada logo após terapêutica do tumor primário (Picolo, 1985).

Na classificação dos carcinomas de mama temos os tipos: colóide, carcinoma papilar intracístico com ou sem invasão do tecido mamário, carcinoma medular, carcinoma lobular, carcinoma *in situ*, carcinoma tubular, adenocarcinoma e carcinoma ductal invasivo (simples, cirrose e com endocarcinoma). Os de melhor prognóstico são os tumores tipo unicêntricos e um só tipo histológico e, nestes casos, o volume do tumor não tem efeito na taxa de sobrevida. Este dado (tamanho do tumor) piora o prognóstico conforme associam-se os múltiplos sítios e múltiplos tipos (Picolo, 1985).

2.3.1.2 - LINFOMAS

Linfomas são doenças malignas que surgem de células linforreticulares. Estas células estão localizadas principalmente nos linfonodos (gânglios). Podem também ocorrer em outros locais do corpo, como os pulmões, trato gastrointestinal, ossos, testículo e cérebro, por exemplo.

A definição de linfoma abrange um grupo heterogêneo de doença que apesar do grande número de aspectos comuns, têm diferenças quanto à epidemiologia, histologia e prognóstico (linfoma htm, 1999).

Os linfomas constituem um grupo de neoplasias malignas que surgem em linfonodos ou em tecido linfóide extranodal. Formam um grupo heterogêneo de neoplasias malignas

do ponto de vista clínico e patológico. Dependendo da histologia, dividem-se dois grupos: os linfomas Hodgkin (LH) e os linfomas não-Hodgkin (LNH) (Andreoli, 1989).

A doença de Hodgkin é primariamente uma doença de adultos jovens, embora ocorra também em crianças e na velhice. Em geral, o paciente apresenta linfadenopatia assintomática. Alguns pacientes com doença de Hodgkin possuem sintomas de febre, sudorese noturno ou perda de peso. Desconhecem-se o fator ou fatores responsáveis pela produção desses sintomas (Andreoli, 1989).

A doença de Hodgkin é classificada através de subtipo patológico, estadiamento clínico e presença ou ausência de sintomas. Os quatro subtipos patológicos são: esclerose nodular, predomínio linfocítico, celularidade mista e depleção linfocítica. Em todos os quatro subtipos, o achado de células de Reed-Sternberg garante ao patologista que o diagnóstico de doença de Hodgkin está correto. A célula típica de Reed-Sternberg consiste numa grande célula com dois núcleos proeminentes. Cada núcleo contém um nucléolo proeminente, circundado por um “halo”. E tem como progenitor o macrófago (Andreoli, 1989).

O ultimo subtipo com depleção linfocítica é pouco freqüente, mas as pessoas que apresentarem febre, sudorese noturna ou perda de peso têm mais probabilidade de apresentar este subtipo, cujo prognóstico costuma ser sombrio (Andreoli, 1989).

A doença de Hodgkin tende a seguir uma progressão anatômica lógica quanto ao comprometimento dos linfonodos. Por exemplo, um paciente com adenopatia cervical pode apresentar adenopatia supraclavicular ou mediastínica. Entretanto, na ausência de adenopatia supraclavicular ou mediastínica é pouco provável haver adenopatia pélvica ou comprometimento hepático. Este princípio é importante quando se considera até que ponto devemos prosseguir a avaliação por estadiamento. Por exemplo, o paciente com adenopatia

cervical alta, sem outra adenopatia por cintilografia CTT, tem muito pouca probabilidade de ter doença abdominal (Andreoli, 1989).

Os efeitos colaterais imediato da radiação dependem do campo irradiado e incluem dor de garganta, disfagia, náuseas e diarreia. Os efeitos tardios incluem pneumonite de radiação e hipotireoidismo. Se a glândula tireóide foi incluída no campo, a função ovariana será suprimida, a não ser que os ovários sejam cirurgicamente excluídos do campo de radiação antes do tratamento (Andreoli, 1989).

➤ **Incidência:**

Nos EUA, são estimados 60.000 casos novos anuais, com predomínio de incidência em regiões mais industrializadas. A taxa de incidência é muito variável de um país para outro. Os homens brancos têm uma taxa de incidência maior de LH e LNH. Entre as crianças, porém, os LNH são mais comuns na África e no Oriente Médio do que na Europa e nos Estados Unidos (linfoma.htm, 1999).

➤ **Fatores de risco**

A depressão do sistema imunológico aumenta a susceptibilidade a estas doenças, então pacientes com infecção pelo HIV ou HTLV – 1 têm maior risco. Estão sendo estudados alguns agentes químicos, como herbicidas, que podem ser importantes por exposição ocupacional. Também tem sido demonstrado associação dos linfomas com infecção por certos tipos de vírus, como o EBV (Epstein-Barr vírus) (linfoma.htm, 1999).

➤ Sinais de alerta

Aumento de linfonodos (gânglios), febre sem motivo aparente, sudorese noturna, perda de peso anemia, prurido generalizado. Ocasionalmente, pacientes com LH podem referir dor à ingestão de álcool e em áreas de acometimento linfomatoso (linfoma.htm, 1999).

➤ Diagnóstico

O diagnóstico requer exame histológico do linfonodo afetado, o que se faz por biópsia, devendo-se retirar o linfonodo inteiro, junto com sua cápsula. Aspiração por agulha é insuficiente. Exames gerais são indicados para se avaliar o quanto a doença já se espalhou (linfoma.htm, 1999).

Pode ser necessário efetuar uma laparotomia exploradora com biópsia hepática, biópsias de vários linfonodos e esplenectomia para estabelecer o estágio preciso em que se encontra o paciente. A laparotomia deve ser considerada em duas situações: em primeiro lugar, se os achados durante a laparotomia alteram o plano de tratamento; e, em segundo lugar, se a radioterapia abdominal ou pélvica está sendo considerada numa mulher jovem de idade reprodutiva, a laparotomia deve incluir a transposição dos ovários fora do campo de radioterapia (Andreoli, 1989).

➤ Tratamento

Para Andreoli (1989) a finalidade do tratamento é a cura do paciente com doença de Hodgkin. O tratamento é planejado após o reconhecimento da extensão da doença ou de seu estágio, variando muito de acordo com o tipo histológico da doença (Andreoli, 1989). Não se justifica a ressecção radical das áreas nodais. A cirurgia pode ser indicada nos

estágios iniciais de linfomas do trato gastrointestinal, mas a radioterapia local é tão eficiente quanto a cirurgia. Em geral, pacientes com linfomas em estágios iniciais são tratados com radioterapia, sendo a quimioterapia usada em estágios mais avançados. O transplante de medula óssea, após quimioterapia radical, tem se mostrado uma forma eficaz de tratamento, mesmo para casos avançados (linfoma.htm, 1999).

➤ **Sobrevivência**

A maioria dos pacientes com LNH localizado é curada com radioterapia. Os pacientes com doença no estágio III e IV, com histologia favorável (com boa resposta à quimioterapia), tem boas remissões, mas acabam morrendo devido a sua doença. Os pacientes com tumores de mau prognóstico (alto grau de malignidade) em estágio avançado têm cerca de 30% de chance de cura com quimioterapia agressiva. Os subtipos histológicos com melhor chance de cura são os chamados histiocíticos (de grandes células). A taxa global de sobrevida em cinco em cinco anos é de 50%.(linfoma.htm, 1999).

2.3.2 - UMA VISÃO EMERGENTE

As visões emergentes buscam entender os seres humanos a partir de uma perspectiva na qual ele possa ser visualizado como campos de energia que se interpenetram e se influenciam reciprocamente (Silva e Monteiro, 1999). Segundo Gerber (1988), ao contrário das máquinas, os seres humanos são mais do que a soma de um conjunto de substâncias químicas ligadas umas às outras. Todos os organismos dependem de uma sutil força vital que cria uma sinergia graças a uma singular organização estrutural dos

componentes moleculares. Esta é uma das coisas que diferencia os sistemas vivos dos não vivos e as pessoas das máquinas.

Quando percebemos que os seres humanos são constituídos de energia, começamos a compreender novos pontos de vista a respeito de saúde-doença. Esta nova visão proporcionará futuramente não apenas uma perspectiva única a respeito das causas das doenças, como também métodos mais eficazes de cura que afligem os seres humanos (Silva e Monteiro, 1999).

Como já dizia um provérbio de Gurdjieff citado por Le Shan (1992): “A energia expressa de maneira passiva está perdida para sempre. A energia utilizada no trabalho ativo rapidamente se transforma em novo estoque” (Le Shan, 1992).

Nas últimas décadas novas visões vêm emergindo, acarretando uma nova postura frente ao processo de estar doente. Estas visões defendem que a doença não é um processo localizado mas do ser como um todo. Ela passa a ser uma distorção da totalidade. Muitas vezes os sintomas da doença são a última manifestação de processos muito mais profundos que passaram despercebido. Se um câncer de mama “estourar”, não é a mama que está doente, mas o ser como um todo que estimulou o processo canceroso (Sabetti, 1991). Segundo Sontag (1984), o processo cancerígeno é devido à estagnação do fluxo da energia vital no organismo.

Segundo o pensamento de Sontag (1984), o inquestionável é que o estar doente se assemelha ao lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período a identificar-se como cidadão do outro país (Sontag, 1984).

Para Gerber citado por Silva e Monteiro (1999), a rede energética, que representa a estrutura física/celular, é organizada e sustentada pelos sistemas energéticos sutis, os quais coordenam o relacionamento entre a força vital e o corpo. Há uma hierarquia de sistemas energéticos sutis que coordena tanto as funções eletrofisiológica e hormonal como a estrutura celular do corpo físico. Basicamente, a partir desses níveis de energia sutil se originam a saúde e a doença. Esses singulares sistemas de energia são intensamente afetados tanto pelas nossas emoções em nível de equilíbrio espiritual como pelos fatores ambientais e nutricionais. Essas energias afetam os padrões de crescimento celular tanto positiva como negativamente, segundo. Este autor afirma que a consciência é uma espécie de energia que está integralmente relacionada com a expressão celular do corpo físico. Assim, a consciência participa da contínua criação da saúde e da doença (Silva e Monteiro, 1999).

Ainda no raciocínio de Gerber citado por Silva e Monteiro (1999), o ser humano se apresenta como um ser cujos níveis básicos de existência são os níveis não-espaco e não-tempo, e que foi ele próprio colocado num veículo espaco-tempo de consciência com o propósito de adquirir uma maior percepção do verdadeiro *Self* e de desenvolver coerência no verdadeiro *Self*. Nossos mecanismos de percepção no nível do veículo espaco-tempo nos aprisionam numa visão extremamente limitada da realidade e do *Self*. A desarmonia criada pelo ego nos níveis mais profundos do *Self* materializa-se como erro ou doença no veículo espaco-tempo indicando que o erro foi gerado num nível primário (Gerber citado por Suilva e Monteiro 1999).

Nossos corpos de energia sutil, de acordo com Gerber citado por Silva e Monteiro(1999), desempenham um importante papel na manutenção da nossa saúde. A manifestação de padrões anormais de organização e crescimento celular é precedido de perturbações energéticas no corpo etérico. As doenças se manifestam no corpo físico

depois que as perturbações de energia já tiverem se cristalizado nos padrões estruturais sutis dos corpos de frequência superiores. Uma das melhores maneiras de corrigir disfunções nos corpos sutis é a administração de doses terapêuticas de energias sutis de frequências específicas na forma de remédios vibracionais (Silva e Monteiro, 1999).

Quanto a etiologia, Gerber citado por Silva e Monteiro (1999), diz que as doenças são causadas por uma incapacidade da personalidade física comportar-se segundo os anseios, desejos e motivações altruístas e prestativas do eu superior.

Outra forma de entendermos a origem das doenças seria através da questão dos miasmas, conceituados por Gerber citado por Silva e Monteiro (1999), como tendências energéticas que predis põem o indivíduo a manifestar uma determinada doença. Os miasmas ficam armazenados no corpo sutil, particularmente no corpo etérico, emocional, mental e em menor grau, no corpo astral. Alguns miasmas são transmitidos geneticamente para gerações seguintes. Um miasma não é necessariamente uma doença; ele é o potencial para a doença. Eles estão organizados no corpo sutil e, aos poucos, através dos campos biomagnéticos existentes em torno do corpo físico, penetram num nível molecular, depois num nível celular (células individuais) e, finalmente, no corpo físico. As condições miasmáticas deixam o organismo num estado energético de colapso potencial do sistema ou de susceptibilidade às doenças. Os miasmas tendem a impedir o fluxo de força vital para dentro do sistema bioenergético humano e também facilitam a manifestação de muitos diferentes tipos de doenças (Silva e Monteiro, 1999).

Vê-se que o conhecimento acerca dos campos de energia humanos já é bastante antigo, como podemos observar nos escritos de Gerber citado por Silva e Monteiro (1999), afirmando que em 1788, Franz Anton Mesmer, em suas primeiras pesquisas médicas em Viena, descobriu que a colocação do ímã sobre as áreas do corpo afetadas por uma doença

freqüentemente resultava em cura. Ela achou que essa força ou fluido vital era de natureza magnética e chamou-a de “magnetismo animal”. Embora uma doença possa ser curada no nível físico/etérico, a cura magnética talvez seja ineficaz a longo prazo se a causa primária da doença estiver situada num nível energético mais acentuado. Em 1831 um comitê do Departamento Médico da Academia de Ciências da França examinou a questão do magnetismo animal e aceitou o ponto de vista de Mesmer. Apesar desta validação, porém, o trabalho de Mesmer nunca obteve reconhecimento universal (Gerber citado por Silva e Monteiro, 1999).

Vários pesquisadores que estudaram a relação entre emoções e doenças descobriram uma forte correlação entre depressão, desgosto e diminuição das defesas imunológicas. Verificou-se que muitos pacientes tiveram depressão antes do desenvolvimento dos tumores malignos. Sabe-se que a redução das defesas imunológicas qualquer que seja suas causas aumenta os riscos de desenvolvimento de tumores malignos nos pacientes (Gerber citado por Silva e Monteiro, 1999).

Dentre as questões relacionadas com os efeitos da mente sobre o corpo estão as reações emocionais às doenças físicas e os fatores psicológicos que possam contribuir para expressão ou agravamento de doenças. Gerber citado por Silva e Monteiro (1999) coloca que as coisas que afetam negativamente o corpo também produzem perturbações emocionais. Assim, a doença física produz estresse emocional. Inversamente, perturbações emocionais primárias contribuem para o surgimento de sintomas orgânicos, tal como acontece na somatização da depressão ou na expressão de distúrbios relacionados com o estresse (Silva e Monteiro, 1999).

Le Shan (1992), com sua visão holística, demonstra a importância da estreita inter-relação entre corpo, mente e espírito. Segundo ele os pensamentos e sentimentos não

provocam nem curam câncer, porém é um fator, e dos mais importantes, que contribuem para a integração harmoniosa do ser humano como um todo. Os sentimentos afetam a química do organismo (que afeta o desenvolvimento ou a regressão do tumor), assim como a química do corpo afeta os sentimentos. O enfoque atual da ciência, relacionado à natureza do sistema imunológico, apenas reforçou a crença de que alguns tipos de estresse diminuem a capacidade da química do organismo de combater uma doença. O sistema imunológico é fortemente afetado pelos sentimentos e que determinados tipos de atitude psicológica podem influenciar positivamente nosso sistema de defesa (Le Shan 1992).

Le Shan (1992) ainda afirma que nós não vivemos num vácuo. A essência da moderna abordagem holística é a de que todos os níveis do ser humano, inclusive seus aspectos físicos, psicológicos, espirituais, os relacionamentos e o meio ambiente, são importantes e não podemos ignorar nenhum deles sem corrermos riscos. Somente abordando o problema do câncer a partir do ponto de vista da pessoa que tem a doença, da família e do profissional, podemos aprender a mobilizar melhor os recursos disponíveis de cura e auto cura, para que o tratamento médico possa ser totalmente eficiente.

Walshe citado por Le Shan (1992, p.24), afirmou que:

Muita coisa já foi escrita sobre a influência da angústia, de súbitas reviravoltas da sorte e da depressão habitual no problema carcinomatoso. Se pudermos acreditar nos autores sistemáticos, elas constituem a causa mais poderosa da doença, ... embora a citada influência da inquietação mental não tenha sido objeto de demonstração, seria inútil negar que freqüentemente são observados fatos de caráter convincente com relação à atuação da mente na criação dessa doença.

O mesmo autor afirma também que uma tendência genética, somada a um stress psicológico prolongado, resultaria no câncer (Le Shan 1992).

Willard citado por Le Shan (1992, p.) resume que:

É um fato que a dor está especialmente associada à doença. Se os pacientes com câncer fossem, via de regra, alegres, antes que o tumor maligno surgisse,

a teoria psicológica, independentemente de sua lógica, deveria estar errada: mas é o contrário, O fato comprova aquilo que a razão demonstra.

Muito antes disso Paget, escreveu que são tão freqüentes os casos em que a ansiedade profunda, a esperança frustrada e desapontamento duradouros são rapidamente seguidos pelo desenvolvimento e crescimento do câncer, que não podemos duvidar que a depressão mental seja um poderoso aditivo às outras influências, favorecendo o desenvolvimento da constituição cancerosa (Paget apud Le Shan, 1992).

Brennam (1987) também ressalta a importância do aspecto psicológico e sua influência em relação às doenças: o modo com que se inicia nos campos de energia a maioria das doenças, é depois, com o tempo e com os hábitos de vida, transmitida ao corpo, transformando-se numa doença séria. Muitas vezes a origem ou a causa inicial do processo se associa a um trauma psicológico ou físico ou a uma combinação dos dois. Esta autora afirma que a origem da doença precisa ser investigada, dessa maneira, no nível psicológico ou dos sentidos, no nível do entendimento, ou simplesmente por meio de uma mudança do nosso estado de ser que pode não ser consciente. O retorno á saúde requer um trabalho e uma mudança muito mais pessoais do que a simples ingestão das pílulas prescritas pelo médico. Sem essa mudança pessoal, acabaremos criando outro problema, que nos conduzirá de volta à origem da moléstia.

Ainda conforme Brennan (1987), a doença do sistema é causada por um desequilíbrio da energia ou uma obstrução do seu fluxo. Em outras palavras, uma falta de fluxo no sistema da energia humana acaba levando à doença. Isso também distorce nossas percepções e deprime nossos sentimentos e, por esse modo, interfere numa serena experiência de vida. Não estamos preparados psicologicamente, entretanto, para ficar abertos sem trabalhar e sem desenvolver nossa maturidade e clareza (Brennan 1987).

No sistema doentio, as energias desequilibradas dos corpos superiores são progressivamente transmitidas aos corpos inferiores, causando finalmente a doença no corpo físico. A diminuição da sensibilidade às sensações do corpo traz consigo a insensibilidade às suas necessidades, que se manifesta, por exemplo por uma dieta imprópria, capaz de criar um circuito negativo de realimentação de novas energias desequilibradas. Essa doença tende a criar mais doença (Brennan 1987).

Resumindo, diríamos com Brennan (1987) que a doença em si, é um sinal de que você está desequilibrado porque se esqueceu de quem é. Mensagem direta dirigida á você, diz-lhe não só que você está desequilibrado mas também lhe mostra os passos que o levarão de volta ao verdadeiro eu e à saúde.

As tendências atuais já nos mostram que futuramente as pessoas irão começar a reconhecer que seus estados emocionais e grau de sintonização com o eu superior podem influenciar de forma significativa suas condições de saúde e seu nível de bem-estar. A medida que as pessoas forem se tornando mais conscientes de que suas emoções e nível de sintonização interna podem favorecer a manutenção de saúde ou a ocorrência de doenças, elas irão aprender a se comportar de forma mais responsável em suas relações consigo mesmas e com os outros (Silva e Monteiro, 1999).

A doença relaciona-se diretamente com o modo de ser e viver das pessoas, concordamos com Gerber (1988, p.392) quando diz :

Se não conseguimos perdoar os outros pelos seus erros e continuarmos a alimentar velhos antagonismos e ódios, culpas e ferimentos psíquicos não resolvidos, a negatividade irá se acumular e nos corroer como se fosse uma infiltração de resíduos tóxicos. As doenças acabarão se manifestando se permitirmos que a negatividade emocional bloqueie constantemente o fluxo de nossas energias superiores. Quando nos cercamos de emoções negativas e impedimos que o amor penetre dentro de nosso próprio ser estamos apenas ferindo a nós mesmos. Precisamos aprender a expressar adequadamente a nossas emoções para que não acumulemos raivas, tensões e ressentimentos reprimidos. Se essas emoções não são expressas e continuam a ferver

silenciosamente e a provocar o acúmulo de pressões inconscientes, elas podem acabar escapando dos nossos sistemas através do rompimento do elo mais fraco da nossa complexa cadeia de níveis energéticos interativos.

Le Shan (1992) escreve de uma forma poética, mas ao mesmo tempo clara e objetiva que, é essencial que a pessoa primeiro aprenda a cantar plenamente sua própria canção e, então, como parte de suas necessidades humanas, encontre uma maneira de expressar sua relação com os outros ou com a raça humana. Só desta maneira atuamos e vivemos como um todo coerente e assim fortalecemos e mobilizamos nossa própria capacidade de autocura.

Não podemos descartar que num processo saúde-doença, o alerta será os sintomas que este apresentará. De acordo com Dethlefsen & Dahlke (1983), assim que um sintoma se manifesta no corpo do ser humano, isso logo chama (mais ou menos) a atenção e interrompe muitas vezes a continuidade do caminho de vida até então vigente. O sintoma é um sinal que atrai sobre si a atenção, o interesse e a energia, pondo simultaneamente em risco o fluxo natural e suave dos processos. O sintoma exige nossa atenção, quer queiramos ou não. Essa interrupção das funções é sentida como se viesse de fora, como se fosse uma perturbação. Na maioria das vezes, a intenção do sintoma é fazer desaparecer o elemento irritante, a perturbação. O ser humano não quer ser perturbado, e assim começa a luta contra o sintoma.

Conforme Dethlefsen & Dahlke (1983), há muitos sintomas; contudo, todos eles são expressão de um único e mesmo fato que denominamos doença e que sempre acontece na consciência de um ser humano. Assim como o corpo não pode viver sem uma consciência, ele também não pode ficar “doente” sem a consciência. Este autor afirma que assim que as pessoas entenderem a diferença entre doença e sintoma, suas atitudes e formas de abordar a doença se modificarão. Não verão mais o sintoma como um grande inimigo, e

seu objetivo maior de resistir-lhe e destruí-lo deixará de ter a razão de ser. Em vez disso, descobrirão no sintoma um companheiro capaz de ajudá-las a descobrir o que lhes falta. Desta maneira, poderão vencer a própria doença.

Ainda conforme Dethlesfsen & Dahlke (1983), é a doença que torna os seres humanos passíveis de cura. A doença é o ponto de mutação em que o mal se deixa transformar em bem. Para que isto possa ocorrer, temos que baixar a guarda e, em vez de resistir, ouvir e ver o que a doença tem a nos dizer. Como pacientes, temos de ouvir a nós próprios e estabelecer um contato com nossos sintomas, para podermos captar a sua mensagem. A cura sempre está associada a uma ampliação de consciência e um amadurecimento pessoal (Dethlefsen & Dahlke, 1983).

Segundo os trabalhos de Le Shan (1992), publicados na linha da auto-ajuda, destaca-se por dar ênfase ao que o cliente tem de melhor, em vez de trabalhar apenas sobre suas dificuldades. Esta abordagem desperta uma nova fonte de energia interior e motivação, que leva a pessoa a buscar novos caminhos, alcançando, assim, seu “ponto de mutação” (Le Shan, 1992).

Todas as pessoas possuem uma maneira natural de ser, de relaciona-se, de criar; quando elas a encontram, estão usando a si mesmos da forma que mais as satisfaz. Intensificando o funcionamento das defesas do corpo, e freqüentemente começavam a reagir muito mais positivamente ao tratamento médico (Le Shan, 1992).

A partir do momento em que as pessoas alcançam um nível mais avançado de consciência compreendem de maneira mais clara as verdadeiras causas de sua doença, levando a uma auto-transformação, eliminando deste modo, a dor e o sofrimento (Silva e Monteiro, 1999).

Face às diferentes posições na literatura, pensamos que a condição de estar com câncer resulta de uma desarmonia da consciência que se expressa no mundo temporariamente, tendo em vista que o ser doente é um todo com imensas e desconhecidas potencialidades e não apenas a manifestação de sua doença. Diríamos que a condição de estar com câncer é apenas um estágio da vida do ser que se encontra em desarmonia consigo próprio e com o cosmos. Esta vivência poderá servir como ponto de partida para a busca do auto-conhecimento e da auto-transformação, a partir do processo reflexivo (Silva e Monteiro).

2.4 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER QUE VIVENCIA O CÂNCER

A enfermagem é uma profissão que deve buscar uma vida mais saudável para o ser humano/família/grupo, através do desenvolvimento de circunstâncias que favoreçam a mobilização de forças internas e externas e as habilidades de enfrentamento (Sasso, 1994). Cabe à enfermagem uma função importante no processo de transformação em sociedade, no sentido de auxiliar o ser a se tornar o seu próprio cuidador. Para tanto a enfermeira necessitará além dos conhecimentos técnico-científicos, de conhecimento aprofundado do processo do ser e do viver humano-ambiental, para oportunizar a expressão de níveis mais complexos de consciência (Silva, 1997).

Ao cuidar das mulheres e de seus problemas de saúde, as enfermeiras devem manter um elevado nível de curiosidade profissional quanto aos resultados de pesquisas e protocolos atuais sobre alterações na conduta para o tratamento de doenças e prevenção. Alterações constantes, melhoras, e novos modos de tratamento devem ser considerados em qualquer plano de cuidados da enfermagem (Brunner & Suddart, 1994).

Beyer e Dudas (1989) afirmam que o cuidado requer habilidades moduladas pela compaixão. Compaixão significa “sofrer com”, e é esta qualidade que capacita o enfermeiro a manter sensibilidade aos sentimentos e problemas da cliente. A compaixão cria paciência com os indivíduos doentes que tem dias nos quais estão com raiva, hostis, humilhados, irritáveis e impacientes.

Ao eleger o Cuidado Transdimensional como referencial deste estudo, posso dizer que ele se caracteriza por uma parceria entre dois ou mais seres, a qual extrapola as noções de espaço-tempo, envolvendo uma relação Transdimensional e que tem como meta a complexidade crescente de expressão da consciência no planeta. Neste sentido, o processo saúde-doença pode se constituir em um meio ou motivo para que o ser necessitado de cuidado procure ajuda e então, possa ser guiado a buscar novos padrões de expressão da sua consciência. Isto porque, em nosso meio, o sofrimento ainda se constitui em motivação para que se busque avançar na compreensão do próprio ser, reformulando suas propostas de vida, bem como indo neste sentido na direção ao outro (Silva, 1997).

Silva (1997) diz que o próprio **ser cuidador** é parte integrante do cuidado, sendo a sua capacidade de expressão da consciência fundamental para qualidade do cuidado. Esta qualidade dependerá também dos propósitos que levam este ser a cuidar. Propósitos estes, que necessitam emergir de um profundo compromisso com a vida no planeta, o qual tem com base o **amor**, sentimento que desenvolve a medida que o ser cuidador busca uma crescente dinamização, complexificação e conscientização do seu ser. Este sentimento impregna e magnetiza todo o ser do cuidador e se exterioriza no meio ambiente, tornando este campo super energizado, um campo composto de uma energia quintessenciada, poderosa e ativa (Silva 1997).

Existe uma extraordinária forma de terapia anticâncer que utiliza o poder da mente, através da meditação e da visualização ativa, para obter controle do sistema imunológico, a fim de remover ativamente as células cancerosas. Utilizada pela primeira vez por um oncologista Carl Simonton, especialista no tratamento do câncer através de radiações, esta técnica levou esperança e curou diversos casos de câncer em pessoas que haviam sido consideradas doentes terminais. Essas pessoas tendem a mudar o seu modo de viver e de pensar e freqüentemente passam a ter uma nova qualidade de vida, muito superior a que tinham antes do surgimento do câncer. Pode-se argumentar que, nesses indivíduos, a doença grave transformou-se em um marco que permitiu a mudança da consciência e do modo de vida para um novo e superior patamar de função (Gerber, 1997).

O cuidado do mulher com câncer requer um arsenal terapêutico que privilegie a sua inteireza. Neste sentido, assim como Silva e Monteiro (1999), que desenvolveram o Toque terapêutico e musicoterapia, neste estudo, também, desenvolverei algumas terapias alternativas, tais como: mandala, visualização criativa e musicoterapia, as quais apresento a seguir.

2.4.1 – MANDALA

Silva (1997) considera Mandala uma expressão estética do Cuidado Transdimensional. Segundo seu referencial, mandala, palavra sânscrita, significa centro, circunferência ou círculo mágico. Mandala são padrões simbólicos de luz e som, refletindo a iluminação ou o desvelar da alma e a experiência mística de que somos um com Deus. A mandala é uma arte sagrada baseada na meditação que espelha vários estados da consciência, através de padrões simbólico, tornando visível o invisível. Por sua natureza

quaternária, simboliza o mundo e o ser humano. Símbolo da totalidade psíquica. Imagem interna, que é gradualmente construída, através da imaginação ativa, em tempos de crise. Um esquema de ordem, que é criado de forma consciente e aparece também como produto de processos inconscientes. Representa o inconsciente coletivo, camada inconsciente comum a todos os indivíduos (Silva, 1997).

A origem da mandala remonta aos primórdios da história da humanidade. Onipresente em todos os tempos e culturas, com o mesmo significado. Presentes entre os mais velhos símbolos religiosos da humanidade. Usada no Lamaísmo, também na Yoga Tântrica, nos rituais hindus, budista tibetanos. Presente na cultura ocidental – a janela rosa da estrutura da igreja medieval, pinturas na areia dos índios nativos americanos, antigos entalhes rupestres na África, Europa e América do Norte. Retomada no ocidente por Carl Gustav Jung – psicoterapia da arte moderna (Silva, 1997).

Segundo Meira (1992), o movimento circular possui um significado simbólico de integração, de unidade, de continuidade cíclica. Na história da civilização humana, o círculo comparece em várias áreas do conhecimento, seja por seu significado religioso, cósmico, psíquico ou científico: na Biologia, na Química, na Alquimia, na Matemática, na Astronomia, na Astrologia. Aliás, o círculo, bem como a espiral, estão presentes em configurações do universo no desenho das galáxias, no movimento do Sol, no movimento de rotação da Terra, nas digitais, nos redemoinhos, nos furacões, nas conchas, nos caracóis, nas células. O gesto circular comparece em várias sociedades e culturas: das mais primitivas às contemporâneas. Além de ser uma conquista individual, o gesto circular é um gesto arquetípico, que pertence ao coletivo. O gesto circular é inerente ao homem. No momento em que há uma distinção entre o eu e o outro, o círculo está pronto para surgir.

O aparecimento da palavra eu tem um significado similar ao aparecimento do círculo no desenho. Em termos psíquicos, equívale à conquista da consciência (Meira, 1992).

Acima de tudo, uma mandala reflete não apenas o relacionamento do ser humano com o seu mundo exterior, mas os seus aspectos internos em relação um ao outro (Govinda apud Kellog, 1987).

As mandalas usadas em cerimoniais são de grande importância porque seus centro normalmente contém uma das mais elevadas figuras religiosas: Buda, Amitabha, Avalokiteshvara, entre outros. Mesmo nas mandalas cristãs, o Cristo Triunfante aparece no centro cercado pelos emblemas ou símbolos dos quatro evangelistas – o touro, a águia, o leão e o anjo. Ou em mandalas de séculos posteriores, o centro é ocupado por um desenho abstrato tal como um olho contido num triângulo significando talvez a consciência divina que tudo vê, contida ou manifestada através da Trindade. Todas essas são formas convencionais ou formas rituais fixas. É bom manter em mente a diferença básicas entre a mandala ritual, que é uma entidade estática, e aquelas pessoais, que estão sempre em transformação (Kellog, 1987).

A mandala não está confinada a usos terapêuticos ou religiosos, mas pode também se utilizada como um caminho válido por direito próprio, como um veículo de autodescoberta. O ato de tomar o fio de Aridane pode lançar o indivíduo na jornada rumo ao *self*, sem garantia de chegada, apenas com a esperança de transformação eterna (Kellog, 1987).

A arte da Mandala como terapia é flexível e é em si mesma uma aventura viva. O trabalho não está alinhado com uma concepção errônea muito difundida, para a qual o terapeuta ao descobrir o que está errado com o cliente lhe comunica. Não consiste também em dar ao outro uma habilidade artística ou um treinamento. A mandala como terapia tem

o objetivo de abrir um espaço pessoal no qual uma forma única de comunicação tem lugar. A Mandala não é um campo reservado a artistas consumados, mas pode ser usada pelo indivíduo para centrar suas energias. Ela também pode servir como uma prece visual para o seu *self* superior. A essência da mandala não é só o que está explícito, mas sim a maneira como o indivíduo a olha que realiza a mudança, como uma expressão do seu ser, da sua presença e da sua vida. Assim a sua reflexão ou seu espelhamento de si mesmo é vista como um processo contínuo, parte do seu organismo vivo e sujeita a constante fluxo e mudança. Surpreendentemente, à medida que o trabalho progride, muitos irão se tornar singularmente possessivos com o seu trabalho e acham difícil parar de fazê-lo, até que chega um momento em que o indivíduo percebe que não está fazendo a mandala, mas que esta o faz. Nesse ponto, a pessoa está capacitada a participar de maneira mais consciente. A mandala, então, se revela diferente dos desejos conscientes do indivíduo. A maneira de uma espécie de *biofeedback*, a pessoa toma as rédeas daquela parte do seu *self* que é capaz de expressar os conteúdos da consciência. Então, ao refletir sobre o produto final, a pessoa participa criticamente. Toda a questão reside no movimento, na atividade da qual surge um terceiro elemento, a mandala concluída. No que concerne ao seu significado em sentido lato e à sua validade como um caminho genuíno em direção a auto-realização, ela pode ser considerada como meditação em ação (através da sua confecção) e meditação sobre um objeto (na sua visualização) (Kellog, 1987).

2.4.2 - VISUALIZAÇÃO CRIATIVA

A visualização criativa é uma forma de cuidado que consiste em usar a imaginação para criar o que se deseja na vida. Gawain (1978), uma das estudiosas da visualização

criativa, trata-a como uma força natural da imaginação, da energia criativa fundamental do universo que constantemente utilizamos, tendo ou não consciência disso. Podendo ser usada de um modo cada vez mais consciente, como uma ferramenta para produzir o que se realmente deseja – amor, realização pessoal, prazer, relacionamento satisfatórios, um emprego bem remunerado e/ou gratificante, saúde, beleza, prosperidade, paz de espírito, e o que quer que nosso coração deseje. O uso da visualização criativa é a chave que nos possibilita o acesso à benevolência e à bondade da vida (Gawain, 1978).

A visualização ativa e a meditação clássica exigem um trabalho longo e disciplinado. O método de visualização baseia-se na idéia de que diferentes partes da personalidade empregam diferentes tipos de linguagem. Se eu desejasse me comunicar com um camponês australiano, cujo idioma é interiormente diferente do meu, eu usaria desenhos – algum tipo de imagens. Essa é a melhor maneira de comunicação entre grupos de idiomas diferentes. Como os mecanismos de autocura estão relacionados à personalidade em níveis muito “profundos, níveis que utilizam um tipo de linguagem diferente da utilizada nos níveis conscientes, usamos imagens simbólicas. Além disso, como a comunicação desse tipo é tão difícil e incerta, repetimos a mensagem continuamente visando (empregando um moderno jargão técnico) conseguir tantos “sinais” quanto pudermos em meio à “algazarra”. O propósito dessa forma de meditação é estimular as habilidades de autocura da pessoa e trazê-la em auxílio do tratamento médico. Para os pacientes que a consideram “razoável”, em geral, ela é um excelente auxiliar no programa terapêutico (Le Shan, 1992).

Do ponto de vista do/a terapeuta, a visualização criativa pode ser usada como uma fonte de recurso que auxilia no processo de recuperação da saúde do ser. Mesmo Freud, o criador da terapia pela fala, usou imagens mentais como técnica terapêutica, em seu livro *Interpretação dos Sonhos* (Epstein, 1990).

A terapia do sonho acordado é uma viagem profunda e experimental na vida interior, que tanto usa sonhos noturnos de uma pessoa quanto suas conversas diurnas como ponto de partida para exame quando acordada. A criação de imagens mentais é uma espécie de sonho acordado que podem gerar a realidade. A função da terapia é a de auxiliar na compreensão da liberdade, de ir além do preestabelecido, de inovar e a de aumentar nossa capacidade de recriar. Tudo isto torna-se possível através das imagens (Epstein, 1990).

Partindo de um ponto de vista semelhante, examinemos agora uma doença como o câncer. Esta talvez seja uma das doenças mais temidas dos tempos modernos. Existe uma extraordinária (e um tanto controvertida) forma de terapia anticâncer que utiliza o poder da mente, através da meditação e da visualização ativa, para obter o controle do sistema imunológico a fim de remover ativamente as células cancerosas. Utilizada pela primeira vez por um oncologista chamado Carl Simonto, especialista no tratamento de câncer em pessoas que haviam sido consideradas doentes terminais pelos seus médicos particulares. Uma coisa verdadeiramente extraordinária costuma acontecer em muitas pessoas que venceram o câncer através desse método. Elas tendem a mudar o seu modo de viver e de pensar, e freqüentemente passam a Ter uma nova qualidade de vida, muito superior à que tinham antes do surgimento do câncer. Algumas passam a dar aconselhamento a pacientes que sofrem de câncer, compartilhando suas forças e verdades recém descobertas com pessoas que estejam passando por situações semelhantes às que elas vivenciaram (Gerber, 1990).

Le Shan (1992) afirma que, a meditação é um dos caminhos mais importantes desenvolvidos pela raça humana para favorecer o crescimento dos indivíduos e para nos ajudar a nos aproximar de nosso potencial. É um método que nos auxilia a crescer e a nos

transformar e, como método auxiliar no tratamento do câncer, pode ser de grande valor (Le Shan, 1992).

Existem várias maneiras de se pensar. O pensamento lógico nos é o mais familiar. Entretanto, há outras formas de pensamento, formas não-lógicas, intuitivas, que coexistem com o pensamento lógico. Assim como a intuição, o pensamento em forma de imagens mentais é um tipo de pensamento não-lógico. O pensamento lógico é utilizado para fazermos contato com as outras pessoas no cotidiano ou na realidade objetiva. As imagens mentais são um tipo de pensamento usado para fazermos contato com nossa realidade subjetiva interna. O processo de nos tornarmos conscientes da linguagem das imagens só requer, essencialmente, que voltemos nossa atenção a ela (Epstein, 1990).

Para Gawain (1978), a imaginação é a capacidade de criar uma idéia ou representação em nossa mente. Na visualização criativa, utilizamos a nossa imaginação para produzir uma imagem mental bem definida de algo que se deseje e, a seguir, continua a concentrar-se regularmente nessa representação, transmitindo-lhe energia positiva até que seu desejo se transforme em uma realidade objetiva. Um artista primeiramente tem uma idéia, e depois cria o seu quadro. A idéia cria a imagem de uma forma, atraindo a energia física e orientando-a de modo a fazê-la fluir rumo a essa forma, até que ela finalmente se manifeste no plano físico (Gawain, 1978).

A visualização criativa é mágica no sentido mais verdadeiro e elevado da palavra. Fazer uso dela implica compreender e posicionar-se ao lado dos princípios naturais que governam o funcionamento do nosso universo, e aprender a utilizar esses princípios da maneira mais consciente e criativa possível (Gawain, 1978).

A característica mais fascinante do trabalho com imagens é a de que ele pode ser acompanhado por mudanças fisiológicas. Os efeitos físicos benéficos das imagens mentais

não seriam surpreendentes se estivéssemos acostumados a pensar nos aspectos mental e físico como os dois lados de um espelho ao qual chamamos de corpo. Constatando que o corpo pode afetar a mente assim como a mente afeta o corpo, então seria lógico pensar que a utilização do poder mental, tal como a vontade ou as imagens mentais pode afetar o corpo, sendo que o ser é um todo integrado (Epstein,1990).

Epstein (1990) compara nossas vidas com jardins que precisam ser cuidados. Somos todos essencialmente jardineiros aos quais são confiados nossos próprios jardins. Como jardineiros, temos funções de, principalmente, capinar, plantar e, naturalmente, colher. Vendo as doenças, as enfermidades e as convicções negativas como ervas daninhas, Epstein (1990) sugere o uso da visualização criativa para limpar as convicções negativas do tipo ervas daninhas e substituí-las por positivas, sementes, auxiliando na cura das doenças.

Gawain (1978) denomina como a lei de radiação e da atração, o princípio que estabelece tudo que você fizer acabará por se refletido e retornará a você. Colhemos o que semeamos. Do ponto de vista prático, isso significa que nós sempre atraímos para nossa vida as coisas em que pensamos com maior frequência, que acreditamos com mais força que desejamos com mais ardor e que imaginamos mais vividamente.

O processo de mudança não ocorre superficialmente, através de um mero “pensamento positivo”. Na verdade, ele envolve uma série de explorações, descobertas e alterações de nossas atitudes básicas em relação a vida. É por isso que o uso da visualização criativa pode vir a transformar-se em um profundo e significativo processo de crescimento (Gawain, 1978).

Epstein (1990) sugere a cura através da criação de imagens, partindo do princípio que as imagens estão associadas a uma atividade orgânica muito forte. Ele adverte que é preciso ter cuidado para que esta terapia não venha a causar malefícios, um exemplo é o

câncer, que podemos vir a deslocar células cancerígenas por meio de imagens levando a metástases. Mas deixa claro que um dos passos mais valiosos para ajudar na cura do câncer é tornar-se consciente dos elementos que contribuem para a doença como: fundo emocional, ambiental, social, moral e ética. Em geral, o surgimento de qualquer tumor, nos alerta para um desequilíbrio em nossas vidas, em todos os níveis. Destaca também o uso da visualização criativa para amenizar os efeitos debilitantes da quimioterapia de forma a compensar o enfraquecimento produzido pelos agentes anti-cancerígenos.

Os objetivos da visualização criativa são: colocar-nos em contato com o nosso ser; ajudar-nos a direcionar as nossas ações; aumentar e expandir o que temos.

2.4.3 - A MÚSICOTERAPIA

A nossa compreensão acerca desta forma de cuidado advém do modelo proposto por Silva (1993), o qual adotaremos neste estudo. Neste sentido, a música é um estímulo sonoro que atua de forma global e individualizada nos campos energéticos humano e ambiental (Silva, 1993). De acordo com Costa citada por Silva (1993), a música se caracteriza pela relação entre ritmo, melodia e harmonia, e qualquer alteração em um destes elementos, altera o caráter da composição musical. Silva (1993) coloca que a música utilizada como intervenção terapêutica pode agir na consciência do cliente, auxiliando na canalização interna de suas energias, explicitando o implícito, despertando a consciência para a redescoberta do **eu superior**, auxiliando no auto-conhecimento e na auto-transformação. Por outro lado, a música pode acentuar ou diminuir a capacidade de trocas simultâneas de energias entre os “chakras”. Daí a necessidade de conhecer o cliente e os efeitos da música, e selecionar o ritmo e a música apropriados aos efeitos terapêuticos

desejados. Tame citado por Silva (1993) afirma que diferentes ritmos de música atuam sobre diferentes “chakras”.

A utilização da música no processo de cuidar em enfermagem é ainda incipiente. O processo de cuidar é entendido como um processo de interação dinâmica, intuitivo e criativo, entre os campos do cliente/enfermeiro/ambiente, oportunizando um caminhar rumo a novas experiências, onde eles, de forma original e única, se auto-conhecem e se auto-transformam (Silva, 1990).

Silva (1993) apresenta um modelo com as diferentes etapas que podem ocorrer, muitas vezes, simultaneamente e em um processo contínuo e dinâmico de ir e vir. Todas as etapas devem ser desenvolvidas em conjunto com o cliente e/ou familiares e/ou pessoas do campo ambiental do cliente. As etapas descritas são: reconhecimento da dinâmica das relações entre o campo do cliente e do ambiente; identificação das disritmias destas relações e seleção do ritmo e da peça musical apropriadas aos efeitos terapêuticos desejados; sincronização dos ritmos dos campos do cliente, enfermeira e ambiente, durante o processo de cuidar com música e; avaliação dos ritmos destes campos ao longo do processo. Segundo a autora, algumas manifestações do ritmo, as quais influenciam as necessidades e preferências musicais são: temperamento, reações sensoriais, padrões de comportamento, lembranças da infância, ambiente familiar e do trabalho, desejos e aspirações intensas, e os ideais que são perseguidos mais ardentemente.

A sincronização dos ritmos dos campos cliente/enfermeiro/ambiente, durante o processo de cuidar com música, é uma condição importante para Silva (1993), pois sincronizar implica em uma condição interior de sentir e captar a vibração rítmica do outro ser.

Silva (1993) ressalta que quando a sincronização rítmica é efetiva, a experiência do compartilhar é vivenciada. Assim, cliente/enfermeiro/ambiente, sob a vibração rítmica da música, tornam-se um único campo energético, um centro de força integrada. A unidade é alcançada.

Segundo Silva (1997), a musicoterapia é uma expressão estética do cuidado transdimensional, que tem sido recentemente incorporada ao ensino, prática e pesquisa em enfermagem. A música pode auxiliar o ser a entrar em contato com as suas potencialidades de sabedoria e amor. Silva (1993) relata que a avaliação deve se fazer presente ao longo do processo de cuidar com música. Entretanto no final de cada sessão musicoterápica, ela se destaca, quando o enfermeiro e cliente compartilham suas experiências.

Consideramos que os Métodos Terapêuticos Alternativos são dimensões imprescindíveis ao cuidado de enfermagem, devendo, portanto, receber mais ênfase no decorrer da vida acadêmica. Esse métodos deverão romper a tradicional visão biologicista do ser, uma vez que já são legitimados pela comunidade científica. A visualização criativa, juntamente com a construção de mandalas e musicoterapia contribuem para a harmonização do ser e do seu ambiente, bem como para a expansão de suas formas de expressão no cosmos. Auxiliam no processo de auto-conhecimento, e na capacidade de expansão da consciência. Além disto contribuem para diminuir o nível de estresse, depressão e auxiliam na mudança de pensar e sentir, transformando sua maneira de ser e de viver no mundo.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresento o referencial teórico, com os conceitos e suas definições, e as proposições derivadas do relacionamento dos conceitos, tomando como base o Cuidado Transdimensional (Silva, 1997), o qual auxiliará no desenvolvimento deste estudo. Ressalto que o Cuidado Transdimensional (CT), proposto por Silva (1997), consiste em uma concepção filosófica, apoiada pelo conhecimento da enfermagem e por diversas áreas, dentre elas, filosofia, física moderna, psicologia transpessoal e biologia. Esta concepção é voltada para uma construção transdisciplinar e transdimensional, não sendo este cuidado voltado exclusivamente para a enfermagem. Por outro lado, Silva (1997) considera que o CT extrapola o processo saúde-doença, tendo como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, de qualidade de vida no planeta. Ela coloca ainda que face às imensas desigualdades e sofrimentos existentes no mundo, a vida em si se torna a dimensão mais importante de nossa atenção. Para ela o processo saúde-doença é somente uma pequena dimensão da vida. A autora justifica que o processo saúde-doença não pode ser considerado um fim em si mesmo, como vem sendo habitualmente tratado pela enfermagem, mas como meio para que os seres possam atingir novos níveis de expressão da consciência (Silva, 1997). Deste modo, esta autora não define explicitamente os conceitos de saúde, doença e enfermagem.

Outro aspecto a ser ressaltado é o fato do CT se constituir em um paradigma, ou seja, de acordo com Kuhn, citado por Silva (1993) uma constelação de crenças, valores e técnicas compartilhadas pelos membros de uma comunidade científica. Segundo Fawcett (1995), um paradigma se diferencia de uma teoria por seu nível elevado de abstração, não podendo muitas vezes ser utilizado diretamente na prática sem a definição operacional de seus conceitos. Um paradigma para esta autora pode dar surgimento a várias teorias (Fawcett, 1995).

Após as devidas considerações, apresentarei a biografia da autora, bem como os conceitos, suas definições e algumas das pressuposições selecionadas do CT, por Silva e Monteiro (1999), procurando direcioná-los para o cuidado da mulher com câncer.

3.1 - BIOGRAFIA DA AUTORA:

Alcione Leite da Silva nasceu e cresceu no Estado de São Paulo. Graduiu-se em Enfermagem na USP - Ribeirão Preto em 1976, fez especialização em Metodologia da Pesquisa. Realizou seu mestrado em Assistência de Enfermagem na UFSC, quando então, trabalhou com a teoria de Martha Rogers, desenvolvendo terapias alternativas em clientes com AIDS. Iniciou seu doutorado em Filosofia de Enfermagem, na UFSC, tendo passado um ano fazendo doutorado no Centro de Ciências da Saúde na Universidade do Colorado nos EUA, sob orientação da Dra. Jean Watson.

Foi diretora do Serviço de Enfermagem de um Hospital Geral, em Cuiabá-MT, durante cinco anos, e professora de enfermagem na UFMT, durante nove anos, transferindo-se posteriormente para a UFSC. Atualmente exerce as seguintes atividades: Coordenadora Didático-Pedagógica do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC;

Coordenadora de pesquisa do Departamento de Enfermagem da UFSC; Pesquisadora do CNPQ, Coordenadora do grupo de pesquisa sobre Tecnologias Inovadoras do Cuidado e Membro do Programa de Pesquisa Cuidando-Confortando. É também Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e consultora dos diversos periódicos nacionais. Suas áreas de interesse relacionam-se com: Cuidado Transdimensional, Gênero, Tecnologias Inovadoras de Cuidado, Processo da Morte e do Morrer e Desenvolvimento de Teorias. Participa de Conferências e possui inúmeros trabalhos publicados em livros e revistas científicas, além de seu livro sobre “Cuidado Transdimensional: Um Paradigma Emergente”. Exerceu atividades como membro da diretoria da ABEn-MT e do COREn-MT. Tem recebido vários prêmios, entre eles, duas vezes o prêmio Vanda de Aguiar Horta, Edith Frankel e Noraci Pedroso.

3.2 - PRESSUPOSIÇÕES FILOSÓFICAS

- ❖ O CT emerge como uma nova cosmologia que amplia o campo de ação do cuidado para além da noção de dimensões justapostas em suas inter-relações para compreender a realidade como una, indivisível, paradoxalmente plural e complexa, rica em diversidades, que extrapola a tridimensionalidade, indo para além da noção de espaço-tempo;
- ❖ O CT extrapola o processo saúde-doença e enfatiza a vida em todas as suas formas de expressão tendo como objetivo a complexidade crescente de expressão da consciência, consequentemente de qualidade de vida no planeta;
- ❖ O CT é uma perspectiva para integração e transformação, uma forma de superação do extremo separatismo entre as disciplinas, profissões e do senso comum;
- ❖ O CT contempla a relação estática entre os princípios feminino e masculino, expressando-se através da convergência da arte, ciência e espiritualidade;
- ❖ O CT prioriza a consciência individual em sua indissociável interação com a consciência universal em todas as suas ordens de realidade, procurando ampliar o campo de ação do cuidado e resgatando a sagrada e inalienável natureza do

ser e da vida, resgatando o significado de reverência e de respeito para a vida em si;

- ❖ O CT tem como foco essencial o processo de morte-renascimento, procurando expandir a capacidade dos seres para entrar em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores neste processo;
- ❖ O CT requer engajamento dos seres nos significados de suas experiências vividas, para que juntos possam construir um novo mosaico de significados, trazendo novos padrões de propósitos na vida;
- ❖ O CT se caracteriza por uma forma inovadora de pensar-sentir e desenvolver o cuidado que deve ser construída através da interação e do permanente diálogo entre profissionais, indivíduos, grupos, famílias, comunidades e sociedades, sem perder de vista a realidade transdimensional;
- ❖ O CT ao postular que os seres humanos sobrevivem a morte em um contínuo processo de transformação, modifica substancialmente as formas de expressão do cuidado, ampliando-a para uma ordem mais global da realidade e enriquecendo-a com potencialidades transformativas e criativas;
- ❖ O CT tem como alguns de seus padrões de significados: parceria, experiência interior, busca da unidade e prática não-espacial, não-temporal, indeterminada e complexa;
- ❖ O CT tem como alguns de seus padrões estéticos de expressão: prece, meditação, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia, mandala, radiônica, radiestesia e I-Ching;
- ❖ O CT requer novas habilidades/capacidades de cuidado que vão para além da capacidade intelectual/racional, tais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multissensoriais de percepção.

Silva, 1997.

3.3 - CONCEITOS BÁSICOS

Os conceitos adotados de Silva (1997) são: Ser Humano, Meio Ambiente, Cuidado Transdimensional, conforme já foram abordados por Silva e Monteiro (1999), dos quais estas tomaram como base para a construção dos conceitos de processo saúde-doença e enfermagem apresentados a seguir.

3.3.1 - CONCEITOS:

SER HUMANO, também denominado por Silva (1997) de alma ou consciência individual, constitui-se em um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser, as quais se desvelam na medida em que vamos transcendendo os nossos limites de expressão no mundo e, conseqüentemente, os limites do saber e de percepção da realidade. A consciência/ser na sua totalidade é intangível, mas certas expressões podem ser tangíveis. Pensar desta forma implica em uma nova ordem de visão de mundo, a qual difere radicalmente da visão proposta pelo paradigma reinante. Isto porque, nesta visão mecanicista, que se dá em uma perspectiva tridimensional, somente as dimensões mais explícitas deste complexo, tidas como reais, concretas ou palpáveis, são validadas. A nova ordem que Silva (1997) propõe é congruente com a teoria da Totalidade e da Ordem Implicada de David Bohm. Segundo Silva (1997), a teoria deste autor sustenta que, de modo geral, existem três esferas principais de existência: ordem explicada/explicita/desdobrada, a ordem implicada/implícita/ dobrada e, para além das duas, o substrato original ou a fonte de tudo. A ordem explicada se apresenta como o mundo das coisas e eventos separados e isolados, desdobrados no tempo e espaço de forma linear. A ordem implicada é a esfera onde se acham envolvidos os eventos e as coisas, numa totalidade indivisa, totalidade e unidade que, por assim dizer, são subjacentes ao mundo explícito das coisas e eventos separados. Silva (1997) esclarece que Bohm usa o holograma, como analogia para explicar esta totalidade da ordem implicada, na qual a informação do todo está contida em cada uma de suas partes. Nesta ordem implicada

pode ser observada uma ordem superimplicada, mesmo uma ordem super-superimplicada, e assim por diante, sendo cada uma mais sutil do que a outra. Segundo Silva (1997), para Bohm a ordem implicada aponta para uma realidade que ultrapassa de muito aquilo que denominamos matéria. Em termos de ordem implicada, pode-se dizer que tudo está envolvido ou dobrado dentro de tudo. Isto contrasta com a ordem explicada, na qual as coisas estão desdobradas, no sentido de que cada uma ocupa apenas a sua própria região particular do espaço e do tempo, exteriormente às regiões pertencentes às outras coisas.

O campo consciência humano é uma forma de energia holográfica que contém as informações codificadas para a organização do ser. Talvez o próprio universo possa ser considerado com um imenso holograma universal, ou seja, o universo pode provocar interferências na energia cósmica. Em razão destas características holográficas cada pedaço do universo contém e contribui para a formação do todo.

Silva (1997) coloca que o substrato original, ou a fonte é radicalmente inqualificável e totalmente fora do alcance dos símbolos mentais. Neste raciocínio, a alma ou o ser apresentaria três ordens de existência, a alma propriamente dita ou consciência individual que está envolvida no todo, a ordem implicada, que denominamos de campo não-manifesto e a ordem explicada, que passa a ser entendida por campo manifesto. Todas estas ordens coexistem simultaneamente, na medida em que constituem uma só realidade.

O ser ou consciência individual é o infinito potencial de amor e sabedoria. Fonte esta, que está envolvida na totalidade do ser, embora de forma imanente. O seu campo manifesto, por outro lado, reflete a relativa capacidade de desdobramento da expressão da consciência individual. Em outras palavras, o campo manifesto reflete a reduzida consciência do infinito potencial de amor e sabedoria da alma ou ser. O campo manifesto do ser, deste modo, não revela a sua ilimitada complexidade. Contudo, é somente no

processo criativo, estético, interacional e infinito da vida que o ser pode expressar as diversas nuances de seu amor e sabedoria. Por outro lado, a qualidade e quantidade de relação estabelecida reflete o grau de complexidade de expressão do ser ou consciência no campo manifesto. Em outras palavras, quanto maior a capacidade de expressão da consciência, maior é a capacidade de percepção das interações que estabelece com o todo. Esta capacidade expressa a ordem de evolução dos seres humanos, a qual está diretamente relacionada à natureza evolutiva do ambiente em que vive. Deste modo, a evolução é, por natureza, aguçadora dos poderes da percepção, bem como da sensibilidade, as quais se ampliam e apuram, à medida que o ser ascende na escala evolutiva (Silva, 1997).

Silva (1997) diz que o ser/consciência é infinito, ilimitado, mas em um determinado processo interacional da vida tridimensional sua expressão no campo manifesto é finita, mas temporária, na medida em que está sempre a buscar uma complexidade crescente de expressão. Conseqüentemente, o ser é, em última análise, incognoscível em sua totalidade. As expressões do ser, que nós ordinariamente percebemos, constituem somente uma limitada dimensão de sua realidade, ou seja, o nível mais óbvio e superficial, o das partes isoladas (p. ex., as partes do corpo). Para nós, estas expressões do ser podem parecer desconectadas e não-relacionadas. Entretanto, isto é uma ilusão, uma distorção da totalidade e unidade, que é uma qualidade intrínseca da alma/ser.

Esclarecendo melhor o que foi dito, o campo manifesto do ser pode ser comparado ao corpo e a tudo que esteja associado aos cinco sentidos. O corpo é nossa forma de expressão no mundo, e através dele, mostramos o que pensamos e sentimos aos outros. Tudo aquilo que conseguimos perceber e sentir através dos sentidos torna-se palpável e acreditamos ser real, por isto dizemos estar explícito/desdobrado, pois é visível para o ser.

Quanto mais ampliamos nossa capacidade de percepção, mais as coisas se tonam reais. Desta forma, algo que anteriormente poderia ser considerado como não-manifesto torna-se manifesto.

Usando o raciocínio de Bohm, Silva (1997) coloca que na ordem implicada, que denomina de campo não-manifesto do ser, tudo é interpenetração, interconexão, unidade. Deste modo, neste campo tudo é internamente relacionado com tudo, tudo contém tudo e somente no campo manifesto do ser (ordem explicada) estão as coisas aparentemente separadas e relativamente independentes. Esta noção de totalidade criadora do ser, contida no seu campo não-manifesto (ordem implicada), são, antes, todos potenciais, que podem ser concretizados, desdobrados, ou atualizados, dependendo das condições. Estas condições, como consideramos anteriormente, poderiam ser o resultado da interação da aspiração do espírito, das múltiplas interações, do momento evolucionário/histórico e também das capacidades iniciais e expressivas do sistema como um todo.

Entendemos que o campo não-manifesto do ser relaciona-se com todos os potenciais que este ser traz consigo durante suas vivências, mas que não consegue expressá-lo, devido uma falta de conhecimento de toda sua história evolutiva. Estes potenciais seriam a expressão máxima de amor e sabedoria do ser, contidos em sua consciência. A dificuldade em conhecer e expressar tais potenciais, interfere no seu processo evolutivo, porém a cada descoberta o ser expande sua consciência. O campo não-manifesto contém o campo manifesto do ser, isto é, todas as expressões advindas dos sentidos provém dos infinitos potenciais do ser, tornando este único e total. Esta fusão entre os dois campos chamamos de consciência ou ser.

O campo não-manifesto do ser, se estende em direção a ordens cada vez mais sutis. Neste raciocínio, Silva (1997) sugere que este campo, por sua natureza sutil, é expansível,

irradiando-se em torno do ser de forma mais ou menos ampliada. Esta expansão do campo não-manifesto caracteriza-se por imagens nítidas e diferenciadas, através de formas, densidades, condições peculiares de coloração e de odor, sonoridade, velocidade, ritmo e frequência vibratória, as quais refletem a complexidade individual de cada ser, tanto delimitando, como também caracterizando o seu processo evolutivo. Contudo, tal como o elétron é capaz de criar em torno de si um campo elétrico no espaço, a expansão do campo não-manifesto é criada pelo ser/consciência, através do complexo vontade-pensamento-sentimento-emoção. De acordo com a sua natureza evolutiva, o ser, ao comandar este complexo, participa das trocas vitais do universo, tanto criando, deformando e recriando, como integrando, desintegrando e reintegrando. Conseqüentemente, o pensamento é a expressão mais elevada do ser, retratando sempre com imagens vivas os seus padrões de sentimentos e emoções. Os sentimentos e emoções, por sua vez, são forças energéticas que se irradiam, impregnando e magnetizando o ser como um todo, bem como o meio no qual este ser se insere e cujo poder, maior ou menor, está diretamente relacionado ao comprimento da onda pensamento que os conduzem. Deste modo, o poder de ação do ser não se restringe aos atos físicos; pensar e sentir implica em movimentos de forças vivas, em agir, emitir e captar energias e, portanto, participar das trocas vitais, seja para criar, deformar e recriar, ou para integrar, desintegrar e reintegrar.

Neste estudo, o ser humano em foco é a mulher que vivencia a condição de estar com câncer, e o expressa em seu campo manifesto, como resultado de turbulências no seu processo de ser e do seu viver. Este ser, ao longo de sua vida, confere significados às suas vivência, os quais, muitas vezes, acabam por interferir de forma negativa em sua maneira de ser e de se expressar no mundo, levando, assim, a uma condição pouco digna de vida. O estudo de Silva e Monteiro (1999) apoiam estas colocações, ao evidenciar que muitas

destas mulheres possuem baixa auto-estima, pouca capacidade de amar a si própria e de se posicionar no mundo, demonstrando passividade, submissão e se anulando em favor dos outros, geralmente familiares. Deste modo, faz-se necessário uma mudança de consciência, a qual se refletirá na emergência de um novo ser, que se expressará de forma mais saudável.

MEIO AMBIENTE, segundo a interpretação de Silva e Monteiro (1999), das idéias de Silva (1997), representa a Consciência Universal, a qual guarda estreita relação com o de consciência individual, embora seja a primeira concebida em uma ordem infinitamente superior em relação à segunda. Silva (1997) coloca que a sua concepção implica em suas três ordens de existência, ou seja, a Consciência/Alma Universal propriamente dita, o Campo Universal Não-manifesto e o Campo Universal Manifesto.

A Consciência/Alma Universal é o mais elevado e absoluto estágio de amor e sabedoria. Contudo, o seu Campo Universal Manifesto, em uma realidade tridimensional, reflete muito vagamente e de forma fragmentada este estágio. Tal é esta característica nesta realidade, que a sua apreensão torna-se impossível na sua totalidade, podendo esta se dar ainda, quase que superficialmente de forma intuitiva. Isto porque, nem o imenso nem o infinito são racionalizáveis, nem são suscetíveis de serem dominados de forma inteligível. Da mesma forma que a consciência individual está envolvida na totalidade do ser, também a Consciência Universal está presente não só no seu Campo Não-manifesto, como também em todos os elementos que compõem o seu Campo Manifesto, os quais constituem as diversificadas formas de sua expressão (Silva, 1997).

Silva (1997) coloca que o Campo Universal Manifesto não pode ser tratado como separado do Campo Universal Não-manifesto, tendo em vista que o primeiro pode ser visto como uma expressão particular e derivada do conjunto mais geral deste último. Todos eles

conjuntamente presentes, numa série ordenada de estágios de dobramento e desdobramento, que se entremesclam e interpenetram uns nos outros, em princípio por toda a parte em todo o espaço. Silva (1997) refere que nas diversas ordens de existência da Alma Universal, como da alma individual, diferentes estruturas de espaço-tempo se entrelaçam, caminhando em direção à ausência total de espaço-tempo. Da mesma forma, diferentes estruturas de matéria/energia se relacionam e se encaminham para um tipo de energia onde todo o suporte material desaparece. Deste modo, a matéria desdobrada/transcendente representa e, portanto é o próprio reservatório de energia dobrada/imanente.

Para Silva (1997), a expressão da complexidade da forma e da consciência se daria através do processo dinâmico e sucessivo de movimento das forças de imanência/recolhimento e transcendência/desdobramento entre o campo manifesto e não-manifesto individual. Contudo, este processo só pode ser entendido no igual fluxo de movimento entre o Campo Manifesto e Não-manifesto da Consciência Universal. Tal consideração leva Silva (1997) a propor que a complexidade de expressão da forma e da consciência no campo manifesto individual como também no Campo Manifesto da Consciência Universal estão diretamente relacionados. As rupturas/revoluções, momentos de emergência de novas ordens de formas e de consciência, se dariam tanto no campo não manifesto individual como também no Campo Não-manifesto Universal, ambas decorrentes da totalidade deste fluxo de movimento. Silva (1997) propõe que a expressão da forma e da consciência deriva do princípio universal ou da consciência individual e estes, por sua vez, provém da Consciência Universal.

Silva (1997) coloca que em nosso Campo Manifesto ou realidade tridimensional, o processo sucessivo e dinâmico de imanência e transcendência parece ser mais evidente nos

seres humanos, em função do complexo vontade-pensamento-sentimento-emoção. Processo este, que ela metaforicamente compara aos “saltos quânticos”. Assim, no movimento de imanência da consciência, o ser pode transcender o seu campo manifesto e ampliar a percepção da natureza de seu ser, como também da Consciência Universal. Isto implica em dizer que o ser pode perceber de modo relativo o seu potencial de amor e sabedoria, assim como o da Consciência Universal. Silva (1997) explica que nesse movimento, ao mover-se em direção a sua consciência, ele também se move em direção à Consciência Universal e, assim, ele transcende em direção ao todo, à unidade. Paradoxalmente, no movimento de transcendência da consciência, o ser pode também transcender o Campo Manifesto e se mover em direção à Consciência Universal e também em direção à totalidade, à unidade. Nesse movimento, ele também se move em direção à sua própria fonte. O fluxo destes movimentos pode acontecer dinâmica, criativa e simultaneamente na consciência individual. Este movimento pode ser traduzido como o esforço pleno e concreto para a expressão sempre relativa do infinito potencial de amor e sabedoria, tanto no campo manifesto da consciência individual como no Campo Manifesto da Consciência Universal. Ele pode também ser traduzido no esforço para atingir ordens elevadas de complexidade e diversidade na vida (Silva, 1997).

Tomando como referencial o Campo Universal Manifesto e Não-manifesto, os seres humanos, como uma espécie, não constituem o estágio final do processo evolutivo. Deste modo, o fenômeno humano não está limitado à tridimensionalidade de nossa realidade. Formas de vida e de seres, em uma escala infinita de complexidade de consciência, são postuladas, por Silva (1997), como fazendo parte das infinitas ordens do processo evolutivo. O Campo Universal Não-manifesto (ordem implicada) não diz respeito aos aspectos superficiais do desenvolvimento e evolução numa seqüência de sucessões, mas sim

a uma ordem interna e mais profunda, a partir da qual a vida se apresenta criativamente nas infinitas ordens de complexidade e diversidade. Nesta perspectiva, diferentes ordens de complexidade de consciência do Campo Universal Não-manifesto coexistem no Campo Universal Manifesto. Entretanto, a totalidade deste Campo não pode ser apreendida pelos cinco sentidos (ou por nossos instrumentos) como algo sólido, tangível e estável (Silva, 1997).

Nesta totalidade, a individualidade só é possível enquanto desdobramento do todo. Deste modo, o Campo Universal Manifesto não pode ser consistentemente considerado como autônomo. As ações individuais, neste Campo, poderiam ser consideradas apenas se se levar em conta o partir do contexto total. Assim, nenhuma coisa é completa em si e seu pleno ser é percebido somente na participação. Silva (1997) refere que ninguém se prejudica a si mesmo sem lesar a todos quantos se lhe associam na grande aventura da vida. Por outro lado, todos aqueles que evoluem e enriquecem a sua forma de expressão da consciência, beneficiam diretamente a todos que compartilham o destino comum. Fica assim evidente que a participação, através da solidariedade, é a base fundamental da Consciência Universal. Uma base que extrapola as múltiplas ou mesmo infinitas ordens de expressão de seus Campos, em direção a uma solidariedade transdimensional. Assim, mesmo em nossa realidade, todos participamos diretamente da aventura do universo, com vistas a complexidade crescente de expressão da consciência. Para Silva (1997) isto implica, acima de tudo, que não somos seres presos a nossa forma natural e muito menos à reduzida capacidade de expressão da nossa consciência, condenados a um destino imutável. Neste sentido, convivemos com o paradoxo de sermos e de, ao mesmo tempo, estarmos em constante devir.

O Campo Universal referido por Silva (1997), é entendido por nós como tudo que nos rodeia que conseguimos perceber e captar através dos sentidos, ou seja o Campo Universal Manifesto, e também a energia que flui no espaço-tempo transdimensional e que foge ao alcance de nossa estreita percepção, que seria o Campo Universal Não-Manifesto. Os seres provém desta energia que emana do Campo Universal Não-Manifesto que sustenta o Campo Manifesto. A manifestação se relaciona com a capacidade de sentir o que foi manifestado, sendo que esta capacidade se relaciona com o UM. Ao passo que estendemos nossa percepção a níveis mais elevados, uma parte do Campo Não-Manifesto torna-se real para nós. Os seres não conseguem perceber o Campo Universal e Individual Não-Manifestos devido sua limitação na janela dos cinco sentidos, pois só crêem em elementos tangíveis, e tudo e todos a sua volta necessitam provar sua existência.

O contexto deste estudo é um hospital que caracteriza-se por proporcionar às mulheres com câncer ali internadas o desenvolvimento de suas atividades rotineiras, e também buscando o aprendizado de novas atividades. Este hospital encontra-se integrado ao todo, apresentando um campo manifesto e não-manifesto. Deste modo, através de nossos cinco sentidos somente percebemos uma parte reduzida de sua realidade mais global. É um ambiente que possui um fluxo de energia estagnada devido a obstrução da mesma, proveniente do Campo Individual e Universal Manifesto e Não-Manifesto, atuar com grande facilidade, pois os hospitais geralmente possuem esta frequência vibratória. Este ambiente recebe clientes diversas, com grau de percepção diferentes.

CUIDADO TRANSDIMENSIONAL emerge enquanto uma cosmologia que contempla a relação estética entre os princípios feminino e masculino, expressando-se na convergência da arte, ciência e espiritualidade. Resgata a dimensão divina e sagrada do ser,

da natureza e da vida, em uma visão, ao mesmo tempo imanente e transcendente. Esta cosmologia privilegia a integração do saber teórico-prático, a dimensão objetiva e subjetiva do cuidado. O CT é visualizado enquanto processo, sendo que o processual contém o produto, como um modo de ser, mas também como um modo de transformar nossa civilização. O CT privilegia o centro espiritual do ser, com vistas a novos padrões de expressão de consciência e de interação com os outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo.

A expressão do CT requer novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais/racionais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multisensoriais de percepção. Silva (1997), cita o físico Gary Zukav para explicar que os nossos cinco sentidos formam um único sistema sensorial, o qual é relacionado à percepção da realidade física. A percepção multisensorial, por outro lado, se estende para além da realidade física, englobando um sistema amplo e dinâmico da qual nossa realidade física é apenas uma parte. Silva (1997), citando Zukav, coloca que nós estamos evoluindo de uma civilização de cinco sentidos para uma civilização multissensorial.

Neste sentido, as formas de cuidado extrapolam as noções do espaço-tempo, em uma perspectiva transdimensional. Conseqüentemente, o CT se caracteriza por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, sem perder de vista a realidade transdimensional (Silva, 1997).

Segundo Silva (1997), o CT representa uma forma essencial de participação e, conseqüentemente, de solidariedade, sendo uma dimensão fundamental do processo evolutivo. O CT emerge da compatibilidade estética e amorosa dos seres envolvidos no

cuidado, em que, ao mesmo tempo, doam e recebem. Neste sentido, a sabedoria e o amor se constituem em fontes alimentadoras do cuidado. A sabedoria e o amor embora sendo potencialidades inerentes aos seres, paradoxalmente vão sendo expressas na medida em que os seres envolvidos no cuidado buscam uma crescente complexidade de expressão de suas consciências. O CT se constitui, então, em um processo fundamental para que os seres envolvidos no cuidado possam ampliar as suas capacidades de expressar sabedoria e amor no mundo. Deste modo, todo saber teórico-prático do cuidado nos conduz a estes seres, porque ele é parte deles. Cabe considerarmos a diversidade de expressões deste cuidado. O CT tem como foco essencial o processo de morte-renascimento, com vistas a complexidade crescente de expressão da consciência e de qualidade de vida humana-planetária-cósmica (Silva, 1997).

O cuidado da mulher com câncer consiste em auxiliá-la a buscar novos significados para as suas vivências e, assim, redirecionar o seu processo de ser e viver no mundo. Esta busca pode se iniciar em qualquer fase de sua existência desde que o ser esteja receptivo para que o processo ocorra. O CT pode-se utilizar de várias tecnologias de cuidados e também do diálogo reflexivo para que os seres envolvidos adquiram uma nova forma de pensar-sentir-viver no mundo. Tanto cuidador quanto o ser cuidado se beneficiam das interações existentes no CT, pois há um crescimento mútuo no decorrer do processo. O CT tal qual uma “faxina”, faz com que as mulheres com câncer mergulhem em seu interior, revivam fatos e experiências passadas, busquem novos significados para as mesmas e, assim, alcancem uma maior qualidade de vida. O cuidado como expressão máxima da enfermagem, deve auxiliar as mulheres com câncer no seu processo de morte-renascimento, fazendo com que busquem seu auto-conhecimento e sua auto-transformação, modificando sua

consciência de vida no cosmos. O objetivo final é transformar o ser em seu próprio cuidador.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA não é explicitado por Silva (1997). Contudo, com base em suas idéias acredito que se constitui em um processo dinâmico e complexo da vida, refletindo o movimento de caos e ordem no processo existencial do ser em interação com o seu meio ambiente. Varia com a complexidade crescente de expressão da consciência individual e coletiva. Reflete o sistema e as interações globais de uma determinada época. A condição de viver saudável reflete a capacidade do ser em expressar sua potencialidade de amor e sabedoria, a qual está diretamente determinada ao grau evolutivo do ser e aos valores de uma determinada época. Está diretamente ligada à busca do auto-conhecimento e auto-transformação, bem como a formas cada vez mais saudável de interagir com o todo. A condição de estar doente reflete o momento de caos da vida do ser e de seu meio ambiente. Pode resultar do apego a velhos hábitos e condicionamentos, bem como a pessoas, situações, status social, poder exterior, de coisas materiais e lugares. A condição de estar doente pode traduzir o sofrimento do ser e a sua necessidade de buscar novos significados e propósitos de vida.

Neste estudo, as mulheres vivenciam o processo saúde-doença do câncer. Este processo resulta do desconhecimento e da incapacidade de expressar suas potencialidades, resultando, conseqüentemente, em uma desarmonia em sua interação com seu ser e com o meio. Por razões qualquer, o ser humano resolveu perceber vibrações inferiores (doenças) como negatividades e coisas desagradáveis, isto ocorre devido a forma dualística do ser humano e sua visão estreita da realidade. Durante suas vidas, nossas clientes guardaram fatos que lhes provocaram mágoas e sofrimentos, gerando uma obstrução em seu fluxo de

energia e desequilíbrio em seus chackras, desencadeando assim, o câncer, que segundo a literatura, é o estágio máximo de maus tratos ao ser. É possível que a partir do auto-conhecimento, a mulher com câncer atinja uma nova forma de consciência e compreenda que a doença nada mais é do que um alerta para que ela busque um maior amor próprio e com isto, cuide mais do seu ser. Este processo se constitui em oportunidade para que estas mulheres busquem novos significados e propósitos em suas vidas.

ENFERMAGEM é uma área de conhecimento e uma profissão que juntamente com outras áreas, profissões e com a sociedade têm um compromisso com a vida no planeta. Este compromisso consiste em um movimento em favor da vida em todas as suas formas de expressão e de complexidade, ou seja, da vida humana, da natureza, do planeta e da vida universal como um todo. Um movimento em que o campo de ação do cuidado é efetivamente ampliado das instituições (hospitais, universidades) para as vidas em família, em grupos, comunidades e sociedades. Neste sentido, são requeridos novos padrões de cuidado, que privilegiem o processo espiritual de renascimento da sagrada dimensão de amor e sabedoria na vida, no mundo. Neste processo nós enquanto seres cuidadores em um permanente diálogo, podemos ajudar indivíduos, grupos, famílias, comunidades e sociedades a entender e experienciar forma mais harmônica do processo de morte-renascimento em suas vidas. Processo este que deve ter seu início desde a vida intra-uterina e acompanhar o ser ao longo de sua caminhada existencial. Podemos, assim, ajudá-los a entrar em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria, expandindo as suas capacidades, para serem os seus próprios cuidadores nos seus processos existenciais (Silva, 1997).

A enfermagem tem como função auxiliar as mulheres com câncer a atingirem um nível mais elaborado de consciência, através do movimento de imanência e transcendência de sua consciência, com base no diálogo reflexivo, modificando o seu processo de ser e viver, bem como o contexto no qual se insere. Deve também utilizar-se de tecnologias inovadoras de cuidado a fim de buscar a harmonia do ser consigo mesmo e com o meio. Ressaltando que a enfermagem deve auxiliar neste processo, por ser uma profissão que mantém um contato direto com os clientes em desequilíbrio energético em um maior período de tempo, porém todos os seres envolvidos no cuidado devem estar engajados neste compromisso. Isto não significa que a mulher com câncer não esteja apta para cuidar de si própria, sendo tratada como um “objeto” que necessite ser conduzido, cabe, portanto, aos cuidadores, assim como a enfermeira, atuar como facilitadora do processo. A enfermagem atual, ainda que tenha adeptos a esta nova visão, não consegue colocar em prática esta assistência transdimensional ao ser, devido ao contexto o qual está inserida, e barreiras encontradas por parte da maioria dos profissionais e das instituições.

4 - METODOLOGIA

Segundo Silva (1997), o processo do Cuidado Transdimensional é criativo e imaginativo, não existindo fórmulas pelas quais as ações são desenvolvidas. Nem o seu próprio desenvolvimento é inquestionável, tendo em vista que este cuidado está em constante devir. Deste modo, o desenvolvimento do cuidado depende do padrão de expressão de consciência dos seres envolvidos no cuidado, que vamos captar inicialmente através do pensar-agir das clientes. A autora, por outro lado, esclarece que o Cuidado Transdimensional privilegia a integração das disciplinas, profissões e ocupações, juntamente com indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, bem como amplia o campo de ação para uma realidade transdimensional. Este trabalho não contemplará esta perspectiva, na medida em que será realizado por mim, aluna de enfermagem. A autora não propõe um modelo de processo de cuidado, mas deixa claro que este se diferencia substancialmente do modelo tradicional, utilizado pela enfermagem. Em suas concepções, Silva (1997) esclarece que o foco essencial do Cuidado Transdimensional é o processo de morte-renascimento, o qual é desenvolvido com base na concepção dos princípios de imanência e transcendência. Apresentamos, neste capítulo, o referencial metodológico, o contexto e a população do estudo, e o processo do cuidado deste estudo e os aspectos éticos do estudo.

4.1 - REFERENCIAL METODOLÓGICO

O processo de cuidado, a partir deste referencial implica no desenvolvimento do processo de morte-renascimento. Segundo Silva (1997), morte e renascimento constitui em um sistema complexo e diversificado do processo de ser e viver, no qual os seres juntamente com o seu ambiente avançam dinâmica e criativamente. A morte é configurada através da força imanente e renascimento através da força transcendente. Consequentemente, morte e renascimento são processos ao mesmo tempo opostos e complementares e, assim, paradoxais. Agindo enquanto um sistema de forças, morte e renascimento não existem separadamente, mas se encontram em um movimento permanente no processo da vida (Silva, 1997).

A morte pode ser visualizada enquanto um processo vital na vida em si e no contexto de uma dada situação, procurando tornar-se através da interiorização e permanência. Renascimento, por sua vez, é também considerado um processo vital, consubstanciado no próprio potencial da vida e em uma dada situação. Entretanto, o renascimento está permanentemente tentando obter a mudança da mudança, traduzindo-se em desidentificação, em um avanço criador, em direção a novos padrões de complexidade de expressão da consciência. Assim, morte-renascimento é um processo criativo, no qual, sob um dado aspecto, o anterior procura integração, interiorização, contração, organização e o posterior persegue diferenciação, exteriorização, expansão, desorganização. Já analisadas a partir de outra perspectiva, o oposto pode também ser verdadeiro (Silva, 1997).

Compreende-se que a morte é a transição de um estado de consciência para outro, atingindo uma outro grau de percepção e de ação no mundo. Quando o ser descortina seu

interior e se lembra de quem realmente é, ele integra-se ao seu eu maior, e a partir deste período, tende ao renascimento do processo, ocorrendo a organização do ser para que novamente o processo se repita. Então o que chamamos de morte é a transição para a luz, pois sempre que morremos, renascemos e o contrário também é verdadeiro..

Quando a morte prevalece no processo da vida, este estágio pode ser, aparentemente, considerado como se o sistema se movesse através de níveis de caos ou desorganização. Quando o renascimento prevalece no processo, evidencia-se a possibilidade de um novo ciclo evolutivo, onde o renascimento, embora predominando, traz em si a própria potencialidade da morte. Este estágio pode ser, aparentemente, considerado como se o sistema movesse através de níveis de ordem ou de auto-organização mais complexas. Ambos os processos coexistem de forma simultânea no processo de morte-renascimento (Silva, 1997).

O processo de morte-renascimento não pode ser entendido como um movimento linear e de mudança unidirecional, mas como um movimento que envolve uma ordem mais global de existência. Este processo geralmente ocorre no viver cotidiano, a partir de pequenos e isolados episódios de morte-renascimento, os quais podem passar despercebidos, mas que vão se multiplicando, com vistas a um processo mais global. Processo este, que traz em si formas superiores de expressão da consciência e, conseqüentemente, de uma nova ordem de expressão no mundo. O processo de morte-renascimento, por sua vez, não pode ser entendido como positivo, neutro ou negativo, tendo em vista que ele é acompanhado de significados que envolvem inter-relações com todo o universo. Significados estes, que podem, muitas vezes, não ser racionalizáveis, nem mesmo suscetíveis de serem compreendidos na sua totalidade de forma inteligível (Silva, 1997).

Esclarecemos o processo morte-renascimento através dos diversos fatos ocorridos em nosso dia-a-dia, ou seja, a cada instante estamos morrendo e renascendo. A cada dificuldade, decisão a ser tomada em nossa vida, morremos para determinados problemas ou fatos, e ao alcançarmos soluções para os mesmos, renascemos. Ao dormirmos morremos, e conseqüentemente ao acordarmos, renascemos. Cada idéia ou ação pode ser um motivo desencadeador do processo de morte e renascimento, e isto é um processo contínuo e necessário para a evolução de nossa consciência.

Nesta concepção, seres humanos, culturas, natureza, planeta e universo estamos todos envolvidos no movimento cíclico de morte-renascimento. Deste modo, este processo acarreta renovação e diversificação da vida, com vistas a ordens crescentes de complexidade criativa, sendo ele indispensável para a expressão, sempre relativa, do absoluto potencial de amor e sabedoria da Consciência Universal. Conseqüentemente, em cada ciclo emergente, uma nova ordem de complexidade crescente pode ser evidenciada, através de novos padrões de formas e de ritmos de vida, de interações e de ações no mundo. Quanto menor for a complexidade de expressão da consciência e, conseqüentemente, do Campo Manifesto onde se vive, menos freqüentes e menos harmoniosas são as experiências com o processo de morte-renascimento, ao passo que o inverso é igualmente verdadeiro. A dificuldade em vivenciar o processo de morte-renascimento parece ser decorrente, em grande parte, da necessidade preeminente de segurança e conservação e do desconhecimento ou não-aceitação das mudanças dinâmicas no processo da vida. Esta necessidade, por outro lado, é acentuada pelo nosso meio, em que o poder externo é priorizado em relação ao poder autêntico, estimulando a dominância e a competitividade. Deste modo, estes fatores geralmente desencadeiam medo e apego, dificultando o processo de morte-renascimento. O medo e o apego, por outro lado, geram

uma estagnação momentânea em uma ordem evolutiva. Como resultado, o sofrimento pode emergir na vida, através das crises, dos conflitos, da necessidade de dominação, da dor, das doenças, dentre outros. Neste sentido, o processo de morte-renascimento pode ser retardado, caótico e doloroso. Em nossa realidade tridimensional, esta característica do processo de morte-renascimento parece ainda ser dominante. A condição humana cheia de sofrimento tem ainda sido, o que nós poderíamos dizer, a motivação primária para o processo de morte-renascimento. Em um importante sentido, então, o sofrimento tem ainda sido central para as diversificadas expressões deste processo (Silva, 1997).

O processo de morte-renascimento implica em mudanças de antigos hábitos, condicionamentos, reflexos e percepções, dando surgimento a novos padrões de vontade-pensamento-sentimento-emoção e ação no mundo. Deste modo, este processo é acompanhado de novos significados e propósitos na vida. Considerando que a vida é um processo permanente e dinâmico de mudanças e transformações, o processo de morte-renascimento requer todo tipo de desapego, como por exemplo, o desapego de pessoas, situações, *status* social, poder exterior, de coisas materiais e de lugares. Neste sentido, o termo desapego não é entendido como forma de desamor ou descompromisso com os seres e com a vida; até porque para a autora, amor implica na ausência de qualquer forma de possessividade e no compromisso com os seres e com a vida. O nosso envolvimento com o processo de morte-renascimento requer também coragem, enfrentamento de riscos e que estejamos face a face conosco, com os outros seres e com a própria vida. Assim, a vida é uma grande aventura em direção à redescoberta da dimensão sagrada do nosso ser, dos outros seres e da Consciência Universal (Silva, 1997).

Para atingirmos um novo nível de consciência, através do processo de morte-renascimento é preciso aceitar o que está ocorrendo, observar o que há por fazer e decidir

dentre as alternativas propostas. Através do presente, unimos o passado e o futuro para que as mudanças ocorram. A vida é sempre o agora.

A experiência com o processo de morte-renascimento traz em si as mais diversificadas formas de expressão, podendo, por exemplo, ser desencadeado em situações de crise na vida, bem como nos momentos mais inesperados, seja através da reflexão, de uma leitura, de um diálogo, de uma frase e, até mesmo, por meio de uma única palavra (Silva, 1997). O vivenciar o processo de doença pode ser considerado um momento de crise na vida, com vistas à busca de novos significados e propósitos de vida.

Neste sentido, o processo de cuidado consiste em uma parceria, na qual os seres envolvidos, a partir de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, redescobrem novos significados para as situações vividas e caminham em direção a uma crescente complexidade de consciência. O cuidado se dá a partir de um processo eminentemente participativo e reflexivo, no qual o ritmo individual e/ou coletivo deve ser respeitado. Assim, no presente em expansão, passado e futuro ressurgem através de novos matizes de significados, que emergem das reflexões sobre as experiências vividas. Neste sentido, o Cuidado Transdimensional tem como base as histórias de vida, através de suas teias de significados, as quais refletem a singularidade e complexidade dos seres. O Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte-renascimento, requer, então, o engajamento dos seres nos significados das experiências vividas, para que juntos tecam um novo mosaico de padrões de significados. Neste processo, novas dimensões do viver se descortinam, trazendo em si novos padrões de propósitos na vida. Este processo extrapola as tradicionais noções de espaço-tempo e envolve uma participação Transdimensional (Silva, 1997).

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população alvo deste trabalho foi inicialmente preconizado para englobar quatro mulheres com câncer para os processo de cuidado em grupo e individual, internadas no Anexo Joana de Gusmão do HC, no período de 03 de maio a 07 de julho de 1999, selecionada de acordo com os seguintes critérios: mulheres com diagnóstico de câncer de mama, sem limite de idade, que estivessem deambulando, orientadas no tempo e espaço e, que desejassem participar efetivamente do processo do cuidado. Contudo, no decorrer do processo, tive de mudar os planos. Em primeiro lugar, tive de optar por trabalhar com mulheres que vivenciavam com outros tipos de câncer, as quais incluíram no trabalho individual duas mulheres com câncer de mama e duas com Linfoma de Hodgking. Mas isso não veio a ser um embargo na efetivação do projeto, visto que a contextualização filosófica do projeto tem como foco de atenção e cuidado o ser, e não a patologia. Em segundo lugar, acabamos por ampliar o número de mulheres no grupo, pois várias se dispuseram a participar deste estudo. Deste modo, realizamos oito oficinas com mulheres internadas no Anexo Joana de Gusmão do HC, tendo uma média de 6 a 8 mulheres em cada uma.

4.3 - PROCESSO DE CUIDADO

Neste estudo, o processo de cuidado foi entendido como um processo dinâmico, flexível, que envolve parcerias, na qual todos os seres envolvidos participam de sua construção. É um espaço singular, afetivo e facilitador do processo da reflexão-conscientização-ação-transformação (Silva, 1997). Apresentamos, a seguir, alguns procedimentos importantes considerados no seu desenvolvimento.

4.3.1 - ENTRADA NA INSTITUIÇÃO

Inicialmente nos apresentamos à Diretoria da Instituição e da Enfermagem, a qual já fora mantido contato anteriormente através de uma carta do Departamento de Enfermagem da UFSC, levando o projeto que deu continuação ao estudo efetuado anteriormente por Monteiro e Silva (1999), ficando, portanto, disponível para esclarecer as dúvidas que surgirem.

4.3.2 – APRESENTAÇÃO

Introdução e apresentação à equipe de enfermagem e de saúde, bem como às mulheres ali internadas. Neste momento, abordamos a nossa finalidade ali e os objetivos do presente estudo, procurando responder às possíveis questões.

4.3.3 - PERÍODO DE OBSERVAÇÃO

Durante três dias permanecemos na clínica oncológica feminina procurando observar o seu funcionamento, tomando conhecimento das normas e rotinas, bem como dos serviços utilizados para as mulheres ali internadas. Todas as observações foram registradas em um diário de anotações, ou gravados em fitas.

4.3.4 - FORMAÇÃO DO GRUPO

Neste momento, procuramos convidar as mulheres que estavam interessadas em participar do processo do cuidado, respeitando os critérios citados anteriormente esclarecendo todos os detalhes.

4.3.5 - REALIZAÇÃO DE OFICINAS

Propuzemo-nos a realizar oficinas para oportunizar o conhecimento do grupo como um todo, para que todos, que desejassem, pudessem expressar suas experiências para a

reflexão conjunta em busca de uma ressignificação do processo de ser e de viver destas mulheres. Algumas estratégias foram usadas no processo como: musicoterapia, visualização criativa e construção de mandala. Ficando em aberto a sugestões e seguindo as necessidades emergentes no transcorrer do trabalho, tendo em vista que este é um processo dinâmico. Estas oficinas incluem alguns procedimentos, os quais sofreram algumas alterações.

a) abertura do encontro: apresentação dos objetivos do processo de cuidado e espaço aberto a alguma colocação das clientes;

b) relaxamento: foi realizado sessões de relaxamento com a(s) cliente(s). Com o objetivo de proporcionar um estado de maior bem-estar, de intimidade e de descontração para o prosseguimento da fase seguinte;

c) construção de mandalas: esta atividade foi desenvolvida em grupo, buscando trazer para o plano consciente as expressões acerca dos significados de estar com câncer, e de como se percebe no seu processo de estar doente. Buscamos também nas diferentes fases de sua vida, infância, adolescência, adulta e velhice, os significados advindos das experiências vividas, bem como projetados para o seu futuro. Neste processo, cada uma delas buscou no seu interior uma melhor compreensão de si, através do auto-conhecimento. A criação de mandalas favoreceu a meditação, que espelha vários estados da consciência, através de padrões simbólicos tornando visível o invisível, como bem refere Jung, citado por Silva, 1997);

d) diálogo reflexivo: com base no que foi expressado nas mandalas foi feito uma reflexão sobre esta, buscando os significados que cada uma das mulheres deram ao seu processo de ser e de viver e a partir daí, buscamos no coletivo uma ressignificação deste processo. O objetivo é buscar um novo nível de consciência deste ser;

e) visualização criativa: o ser em questão necessitava de equilíbrio energético, e através da mentalização buscamos a harmonias dos fluxos energéticos, com a liberação de energias negativas e realimentação de energia positiva. Neste sentido, busquei fortalecer, através das imagens mentais, os significados emergentes nas reflexões acerca das mandalas;

f) avaliação: considerando que este processo é de construção coletiva, a avaliação de cada encontro retro-alimentará os encontros posteriores. Deste modo, a cliente foi estimulada a expressar as suas impressões em relação a experiência vivida, dando também sugestões para os encontros seguintes.

4.3.6 - CONSTRUÇÃO INDIVIDUAL

Realizamos este processo também através de oficinas, aprofundando questões específica de cada ser.

4.3.7 - OPORTUNIZAR O CUIDADO INTEGRAL

Todos os cuidados de enfermagem foram desenvolvidos, seguindo a rotina da instituição, conforme propõem os objetivos da fase.

4.3.8 – AVALIAÇÃO

Diariamente, abrimos um espaço para que cada ser expusesse suas opiniões sobre a experiência vivida, em nível individual e grupal, e fizessem sugestões para os próximos encontros.

Estes são alguns dos procedimentos pensados e que serão melhor detalhados no capítulo seguinte.

4.4 - ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Neste estudo, a preocupação com os aspectos éticos estiveram presentes ao longo do seu desenvolvimento, tendo em vista que eles são dimensões do cuidado. Havendo o respeito, o compromisso e a responsabilidade com as mulheres envolvidas no cuidado. Todas as mulheres foram chamadas a participarem do seu cuidado, para que se possa estabelecer uma parceria. Nada foi realizado sem o consentimento delas, respeitando, assim a liberdade de decisão de cada uma delas. Suas colocações foram respeitadas em suas totalidades. Também procuraremos seguir as normas do hospital, e estabelecer um bom relacionamento com a equipe de enfermagem e de saúde do local.

O resultado deste estudo foi socializado entre as mulheres do estudo, a equipe de saúde e de enfermagem, bem como com os colegas e professoras. Procuramos também apresentar este estudo em um evento científico da enfermagem.

5 - APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS BEM COMO AS ESTRATÉGIAS E AVALIAÇÃO

Objetivo	Estratégias	Avaliação
Desenvolver na prática um referencial teórico e uma metodologia com base nas idéias de Silva (1997).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fazendo a revisão bibliográfica do livro Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente, de Silva (1997); ❖ Desenvolvendo os princípios, conceitos básicos e pressupostos do referencial teórico; ❖ Colocando em prática o referencial teórico envolvendo o Cuidado Transdimensional. 	<p>Este objetivo seria alcançado se a acadêmica conseguisse um amplo conhecimento e entendimento deste referencial teórico, como também seu desenvolvimento prático de forma eficaz, promovendo à mulher com câncer uma vida saudável.</p> <p>- objetivo alcançado.</p>

Objetivo	Estratégias	Avaliação
Ampliar o conhecimento sobre o processo de ser e de viver da mulher com câncer.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aprofundando a revisão de literaturas a cerca do tema. ❖ ❖ Descrevendo no relatório o processo de cuidado desenvolvido, procurando contribuir para uma maior efetividade das ações de enfermagem. ❖ ❖ Participando de encontros ❖ ❖ Estudos individuais ❖ ❖ Visita a serviços CEPON 	<p>Este objetivo seria alcançado através da Qualidade do trabalho final.</p> <p>- As atividades foram cumpridas.</p>

Objetivo	Estratégias	Avaliação
Refletir sobre a experiência com as mulheres com câncer, analisando a adequação do referencial e da metodologia à prática.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refletindo sobre as experiências vividas e propondo ações para mudanças, caso aja necessidade; ❖ Identificando as questões centrais deste processo, procurando destacar no diário de campo os dados e observações minhas e das mulheres envolvidas no processo; ❖ Descrevendo no relatório o processo de cuidado desenvolvido, procurando contribuir para uma maior efetividade das ações de enfermagem. 	<p>Este objetivo seria alcançado caso pudesse redigir meu relatório e contemplar o máximo de informações obtidas ao longo do processo de cuidado, com a qualidade no trabalho final.</p> <p>- Objetivo concluído.</p>

Objetivo	Estratégias	Avaliação
Desenvolver algumas tecnologias inovadoras de cuidado, dentre elas a Musicoterapia, Visualização criativa e Mandalas.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preparando as mulheres com câncer previamente a aplicação das terapias alternativas; ❖ Preparando o ambiente para a realização das Terapias alternativas; ❖ Proporcionando a construção de Mandalas; ❖ Desenvolvendo a técnica de visualização criativa juntamente com Musicoterapia à mulher com câncer. 	<p>Este objetivo seria alcançado se após o desenvolvimento dessas terapias, obtivesse uma harmonia do equilíbrio energético e auto conhecimento das potencialidades da mulher com câncer/acadêmica.</p> <p>- objetivo alcançado.</p>

Objetivo	Estratégias	Avaliação
Realizar e aperfeiçoar as ações de enfermagem no cuidado de mulheres com câncer.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Assistindo passagem de plantão; ❖ Realizando registros diários conforme fichas elaboradas; ❖ Facilitando o cuidado integral da mulher com câncer, auxiliando-a a refletir sobre o seu processo existencial; ❖ Buscando através da comunicação com a cliente, familiares e profissionais, a importância da qualidade de vida, valorizando assim o ser humano e promovendo um novo nível de consciência. 	<p>Este objetivo seria alcançado se, através do uso da metodologia proposta, a mulher com câncer participasse efetivamente do seu processo de cuidado e mudassem suas formas de pensar e sentir no mundo.</p> <p>- objetivo alcançado.</p>

Objetivo	Estratégias	Avaliação
<p>Promover a ressignificação do processo de ser e viver de mulheres com câncer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizando oficinas terapêuticas, com o uso de relaxamento, Mandalas, Visualização criativa, expressão corporal, dentre outras, estimulando estas mulheres a relatarem suas experiências e expressarem seus medos e ansiedades. ❖ Identificando fatores geradores de estresse para a mulher com câncer; ❖ Criando um espaço para o diálogo reflexivo, em nível individual; 	<p>Este objetivo seria alcançado se a mulher com câncer, através do processo de auto-reflexão buscasse um auto-conhecimento e consequentemente uma auto-transformação. Ressignificando seu processo de ser e viver.</p> <p>- objetivo alcançado.</p>

6.0 - PROCESSO DE CUIDADO

Neste capítulo, descrevemos a trajetória empreendida para o desenvolvimento do processo de cuidado das mulheres com câncer. Nesta trajetória, apresentamos todas as etapas desenvolvidas, a qual incluiu a instrumentalização teórica e técnica, as visitas empreendidas, bem como o processo de cuidado em si, o qual foi descrito diariamente no diário de campo, acompanhado pelas reflexões e, conseqüentes mudanças efetuadas no seu percurso.

O desenvolvimento do processo de cuidado compôs-se de várias etapas, as quais incluiu a instrumentalização teórica e técnica. Neste sentido, concordamos com Silva e Monteiro (1999) de que, a escolha pelo referencial do Cuidado Transdimensional foi um grande desafio, pois o mesmo é complexo e filosófico. Como proposta inovadora, acreditamos que esta tenderá a ser gradativamente incorporada pelos profissionais da enfermagem, tendo em vista que ela tende a revolucionar o cuidado.

No que diz respeito ao projeto, não tivemos grandes dificuldades para elaboração visto que este seria uma continuação ao trabalho de Monteiro e Silva (1999) as quais já tiveram a grande perspicácia de esmiuçar este referencial e adaptar os pressupostos, direcionando-os ao processo de ser e viver da mulheres com câncer. Aprofundamos, contudo, certos aspectos ligados ao processo saúde-doença do câncer, tanto na visão tradicional como da emergente. Enfatizamos também alguns tipos de câncer, como o de

mama e o linfoma de Hodgkin, por terem predominado nas mulheres com quem trabalhamos. Introduzimos também uma compreensão acerca das tecnologias de cuidado, como mandalas, visualização criativa e musicoterapia. Neste sentido, tivemos também que recorrer a instrumentalização teórico-prático e aprofundamento dos mesmos.

O fato de ter trabalhado “sozinha” só fez com que conhecesse meus limites, e ritmo de desenvolvimento, tendo, ao mesmo tempo, se caracterizado em um espaço para deixar fluir minha intuição. Contamos, no período da prática com as orientações da supervisora e orientadora, e de várias outras pessoas que se dispuseram a ajudar, as quais poderíamos pedir socorro a qualquer instante. Foi também de importância neste processo a fé e confiança em um ser superior, que em todos os momentos nos guiou e amparou.

A apresentação do projeto para a banca foi de grande importância, pois contribuiu com algumas correções e sugestões, com vistas à melhoria do trabalho a ser desenvolvido, tais como: direcionar o projeto para mulheres com câncer de mama, aprofundar o conhecimento teórico-prático a respeito do cuidado com as mesmas, bem como a contextualização de uma visão mais emergente. Foi também sugerido a participação em palestras, visitas ao “Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON”, bem como o aprofundamento de leitura das bibliografias já citadas no projeto.

De um modo geral, a instrumentalização requerida contribuiu para a entrada ao campo de estágio, bem como para a atuação e direcionamento das atividades durante o processo de cuidado.

A primeira atividade extra que participamos foi a palestra de um Médico Radioterapeuta, direcionada as voluntárias da Instituição, sobre noções básicas e triviais em relação a contextualização, prevenção e tratamento do câncer. O objetivo central desta palestra foi a de esclarecer e desmistificar certas questões que envolve o cuidado e

convivência com pessoas com câncer, além de informar questões básicas a respeito do assunto.

Na mesma ocasião, ocorreu uma segunda palestra da Doutora Enfermeira Alcione Leite da Silva sobre a “Humanização do Cuidado”. O objetivo central desta palestra foi a de contextualizar o cuidado na história da humanidade, através das diferentes visões, e enfatizando o cuidado de si como imprescindível para o cuidado do outro. Abordou várias estratégias para a humanização do cuidado, direcionando-os para o cuidado ao ser que vivencia o processo do câncer.

Em uma outra ocasião, assistimos, juntamente com duas pacientes (Fernanda e Rita), a uma palestra do Psicoterapeuta Marcelo Urban, ministrada a uma plateia diversificada, na abertura de um seminário. Com o objetivo central de introduzir um paradigma emergente, que visa o auto conhecimento, a recuperação da auto-estima, e expansão do ser.

E por fim, uma visita ao ambulatório do CEPON, o qual se localiza na mesma estrutura física do HEMOSC, mas sendo instituições distintas. O CEPON oferece diversificadas especialidades profissionais ao atendimento de paciente oncológico, além de toda a medicação e o tratamento quimioterápico. Funcionando em uma estrutura física provisória mas com qualidade de atendimento e ambiente que visa a perfeição. Sendo a mesma uma instituição integrante ao SUS.

6.1 - ENTRANDO NO CAMPO

Podemos considerar a entrada no campo como sendo bem sucedida. Sendo bem recebida pelos profissionais de saúde, os quais se mostraram cooperativos, principalmente a Enfermeira Eva que além de supervisora, mostrou-se uma ótima profissional e amiga. A

gerente de enfermagem expressou entusiasmo com a proposta do projeto, a qual lhe despertou curiosidades na área, e solicitou que ao final do estágio fosse apresentado os resultados a equipe de enfermagem do Hospital.

A receptividade maior foi da clientes que ali se encontravam, que vibraram quando souberam da presença de alguém que viria com uma proposta de cuidado inovadora, ficando mais junto delas e cuidando, pois todas se mostravam muito carentes. Passo importante para o início de um processo de cuidado.

6.1.1 - PERÍODO DE OBSERVAÇÃO

Durante os três primeiros dias permanecemos na clínica, procurando observar o seu funcionamento, as normas e rotinas, assistindo as passagens de plantão para começar a nos inteirar mais da situação das pacientes, participando do processo de internação e alta. Neste período, aproveitamos para apresentar-mos às mulheres ali internadas e explicar de forma mais detalhada os objetivos deste estudo. Logo de início pudemos confirmar as informações que recebera acerca do local do trabalho. Deste modo, ali se caracterizou para nos como local de passagem e de espera por um tratamento radioterápico e quimioterápico. A maioria das mulheres se mostravam independentes, desenvolvendo muitas das atividades que normalmente fariam em suas casas, tais como arrumar suas camas, lavar sua roupas, se alimentar em um refeitório coletivo. Naquele viver cotidiano, elas interagiam umas com as outras, buscando conhecerem-se e se ajudarem mutuamente. Este fato era mais perceptível com aquelas que se encontravam mais debilitadas. Todas pareciam se preocupar umas com as outras, sendo que a piora de uma era sentida pelas outras. Eram mulheres que tinham em comum vários aspectos de suas vidas, tais como: vivenciavam um processo de câncer, defrontando com os seus medos e questionamentos; conviviam em um lugar comum, longe

de suas casas e de seus familiares; todas estavam ali para se submeterem a tratamentos agressivos, com inúmeros efeitos colaterais; além disto todas conviviam com incertezas acerca de seus futuros. Somente um fato era incontestavelmente verdadeiro, todas teriam uma longa trajetória a ser percorrida na luta contra a doença. Uma trajetória com muitas idas e vindas e um longo processo de tratamento. Algumas ainda sabiam que após toda esta luta, poderiam ter recidivas, metástases, sendo este o “fim” daquela caminhada.

6.1.2 - FORMAÇÃO DOS GRUPOS

Para um primeiro momento foram convidadas oito mulheres, que se mostraram interessadas, para participarem do grupo, no qual iniciáramos o processo de cuidado, através de oficinas. do processo esse número de pessoas foram se alterando em função de altas e novas internações, havendo um certo rodízio da clientela onde totalizou vinte pessoas que participaram junto a um mesmo processo com vários momentos, mais algumas que acompanharam casualmente alguns momentos.

6.1.3 – REALIZAÇÃO DE OFICINAS:

Como foi proposto realizar oficinas para oportunizar o conhecimento do grupo como um todo, para que seus integrantes expressassem suas experiências para a reflexão conjunta em busca de uma ressignificação do processo de ser e de viver destas mulheres. E para realização desta usamos técnicas já citadas bem como atividades sugeridas pelas pacientes.

➤ **1ª. Oficina - Temática: Expressão do Ser**

Data: 07/05/1999

Abertura do encontro: Para um primeiro momento, foi aberto o encontro com oito participantes, através de um dialogo informal sobre a estada no hospital e sobre como meu trabalho iria ser introduzido nesta rotina, os objetivos, bem como a dinâmica das oficinas, conforme consta na metodologia.

Relaxamento: Após a abertura foi feito um breve relaxamento com o uso de musicoterapia, a fim de proporcionar um estado de maior bem-estar e de descontração.

Construção de Desenho: Foi solicitado a construção de um desenho refletindo a temática proposta. Inicialmente, elas demonstraram uma certa dificuldade na compreensão do que estava sendo proposto. Então, sugeri que cada uma tentassem transpor através de um desenho simples, como se viam como pessoas, sugeri que buscassem na natureza ou no mundo concreto ao seu redor algo que simbolizasse seu ser ou modo de sentir. Após o desenho, cada uma mostrou o que desenhou, expressando o que significava o seu desenho e, aproveitando a oportunidade para apresentarem-se, tendo em vista que várias ainda não se conheciam.

Significados dos desenhos:

- **Marina¹** - (54 anos) casada, não sabe ler nem escrever, teve câncer de útero

Desenhou uma flor colorida, pois além de gostar muito de flores é assim que ela se vê alegre como tal.

- **Claudia** – casada. desenhou uma rocha no meio do oceano, diz que é assim que se sente, que a água pode bater forte mas não se mexe. E assim permanece forte, já disse

¹ O nome das participantes foi alterado para resguardar o anonimato das mesmas.

para o marido que pode ficar tranqüilo pois ela é forte como uma rocha e vai vencer mais essa.

- **Neusa** – (75 anos), solteira, trabalhava como merendeira, teve CA de garganta e pescoço, fala muito baixo e com dificuldades, perdeu coordenação motora da mão direita e tentou escrever com a direita, fazendo alguns riscos interligados mas sem sentidos para ela. Fez apenas o que conseguiu.

- **Neci** – viuva, mãe de 4 filhos, mora sozinha na parte de baixo da casa de um filho, teve CA de intestino, tem colostomia.

Desenhou um boneco, diz ser ela, uma mocinha caminhando na grama, livre e feliz.

- **Mara** - (71 anos) Viuva, mãe de 4 filhos, mora com 2 filhos e um neto, teve câncer de mama, fez mastectomia total. Vive de aposentadoria e pensão do marido.

Desenhou nuvens, pássaros, flor, árvore, e um boneco sem cabelos. Diz que é assim que se vê como uma mulher careca feia, gostaria de ser livre como os pássaros e voar entre as nuvens, gosta de plantas e de mexer na terra, sente saudades de sua casa, a qual é cercada por árvores. Não gosta do canto dos pássaros, ele lhe entristece.

- **Ivone** – gosta de plantar flores, tratar dos bicho, das galinhas. Não fala muito fica mais no seu canto, prefere ficar quieta, não gosta de agito.
- **Lara** - participou do relaxamento e da visualização, apresentou-se mas não quis desenhar, segundo ela, porque não consegue enxergar direito, não usa óculos e quando força a vista dói a cabeça. Então, prefere não desenhar, mas se prontifica em participar de outras atividades.
- **Paula** - foi chamada para a Radioterapia em metade da atividade.

Síntese do que foi abordado: Ao final fiz uma síntese dos significados encontrados e abordamos algumas questões sobre a consciência do ser, porque na verdade como elas mesmas expuseram em seus desenhos, o ser é mais que um corpo, ele interagem com a natureza, com o cosmos como parte dela. Somos seres de energia, e como energia estamos sempre em movimento, sempre em transformação, em constante processo de morte-renascimento. Surge daí a necessidade de buscar a sua essência, seu verdadeiro eu, portanto, a necessidade de se auto-conhecerem para poderem efetuar o processo de transmutação. Começando pela visão que temos de nós mesmas, por exemplo, se não nos valorizarmos e nos amarmos, ninguém poderá fazer por nós. E como é que vamos querer que alguém nos ame se nós mesmas não nos amamos. A transformação tem que iniciar em nós, e que a doença é na verdade uma oportunidade para pararmos e refletirmos o que estamos fazendo conosco e o que estamos deixando os outros fazerem conosco. A doença é uma oportunidade que temos para aprender e avançar na compreensão de nosso ser dos outros, bem como no cuidado de nós e dos outros. Amar a si próprio é o primeiro passo, fortalecendo a auto-estima. Considerando estes como fundamentos para um viver mais feliz.

Visualização criativa: Abordamos na visualização várias dos significados enfocados, buscando reforçar as percepções positivas como: poder ser livre para caminhar descalço na grama, voar entre as nuvens como um pássaro, e ao mesmo tempo forte como as rochas para suportar as tempestades da vida, aguardar a calma e poder ver um novo raiar de sol na primavera, um tempo em que as flores desabrocham e exalam seu perfume.

Avaliação: As participantes demonstraram gostar da primeira oficina, conforme alguns depoimentos: muito bom! (Marina); adorei, faz a gente se sentir mais leve (Neci);

quando for fazer de novo é só me convidar que eu venho (Mara); traz música gaúcha para nós escutarmos também (Ivone).

Reflexão: Este primeiro encontro foi mais um momento de nos apresentarmos e quebrar o gelo, e dar início ao processo de cuidado, promovendo um espaço criativo para pensar o ser. Percebemos que tanto nos quanto as pacientes não temos ainda uma compreensão do todo, da imensidão e responsabilidade que envolve o processo de cuidado, mas sei que podemos avançar, através de um aprofundamento, buscando o crescimento não só do ser cuidado mas também do ser cuidador. Pois a prática exigiria mais de nos do que estávamos preparadas. Mas creio que a essência está sendo trabalhada. A receptividade das clientes foram para nos surpreendente e empolgante. Ao mesmo tempo este primeiro momento serviu de alerta, quanto as colocações, para que estas fossem feitas de uma forma mais simples visando uma melhor compreensão.

➤ **2ª oficina - Temática : processo de ser e viver doente / saudável**

Data: 24/05/1999

Abertura do encontro: Compareceram à esta oficina dez mulheres, sendo que anteriormente só havíamos convidado seis. As facilitadoras desta oficina foi a acadêmica e orientadora. Como haviam algumas mulheres que não compareceram anteriormente, expomos novamente os objetivos do meu projeto e esclarecido qual seria o nosso papel naquele processo.

Relaxamento associada a musicoterapia: Esta terapia foi realizada em grupo, com todas as pessoas sentadas ao redor de duas mesas, direcionado pela orientadora.

Construção de Mandalas: esta atividade foi desenvolvida com oito mulheres. Para esta atividade foram fornecidos cartolinas e material para recorta colar ou desenhar, e

sugerido a construção de duas Mandalas em uma única cartolina, onde de um dos lados expressariam como cada uma se sentia e vivia doente; e no outro lado, ou segunda Mandala, como cada um se sentia e vivia saudável. Como nem todas conseguiram terminar no tempo proposto. A discussão das Mandalas passou para o dia seguinte.

Avaliação: Ao final toda se mostraram satisfeitas com a atividade, mesmo aquelas que de se sentiam indispostas. Relataram ser uma boa atividade que ajuda a passar o tempo mais rápido, distraíndo-se e lembrando dos tempos de infância ou de seus familiares quando criança. Duas participantes não fizeram as mandalas, pois foram chamadas para a radioterapia.

Reflexão: As pacientes parecem ainda não ter noção do que estão realizando, tendo ainda uma idéia de que, o que estão fazendo é apenas uma atividade para passar o tempo. Contudo, pensamos estar atingindo os objetivos, pois estão expressando através da arte aquilo que está no seu sub-consciente. Ao lembrar de sua infância e de seus familiares estão exteriorizando o que é significativo a cada ser. Quanto a duração, esta extrapolou o previsto, ficando como experiência para uma próxima atividade, alterar a forma como conduzir os trabalhos. Sendo que cada passo do processo terá de ser dividido em momentos distintos.

➤ 3ª oficina – Temática – Discussão das Mandalas

25/05/1999

Abertura: iniciamos os trabalhos com dez participante e a participação da acadêmica, orientadora e supervisora. Duas participantes eram novas, tendo dado tempo para que as mesmas construíssem suas mandalas.

Relaxamento: esta atividade foi realizada com todas as participantes sentadas em círculo, direcionada pela orientadora.

Construção de Mandala: neste momento, após a redistribuição do material, foi estipulado o período de uma hora para que as pessoas que não concluíram suas Mandalas no dia anterior as concluíssem e para quem não havia participado na primeira etapa, tentasse fazer para poder acompanhar as demais em um segundo passo do processo.

Significados das Mandalas:

Todas as participantes relataram os significados presentes em suas Mandalas. Como os dados foram muito significativos, resolvi apresentá-los no capítulo seis deste trabalho. Pude perceber que para todas, o processo de ser e viver doente é muito difícil, acarretando inúmeros obstáculos às vidas destas mulheres. Por outro lado, o processo de ser e viver saudável está ligado a uma vida cheia de vitalidade junto à família, a poder realizar as atividades profissionais e domésticas, dentre outros aspectos.

Visualização: esta atividade foi direcionada pela orientadora.

Síntese: Para finalizar, a orientadora fez uma reflexão em relação ao processo de estar doente desta mulheres, procurando reforçar a importância daquele momento na vida daquelas mulheres e a necessidade de refletirem sobre suas vidas, buscando transformá-las. Neste processo, enfatizou a necessidade de se olharem com outros olhos, um olhar amoroso e de buscarem melhorar a auto-estima e auto-imagem. Terminou referindo que agora é o momento de ser feliz e esta felicidade requer uma construção diária, através do compromisso pessoal.

Avaliação - as participantes manifestaram, no decorrer do processo, indignação com o fato do hospital estar cobrando consultas ilegalmente, além do descaso para com as pessoas na recepção. Face aos depoimentos surgidos naquele período, ficou combinado

que num outro momento discutiríamos, em conjunto com a Enfermeira, sobre aquelas questões.

➤ **4ª oficina – Temática – Atendimento à saúde pela Instituição**

Data: 28/05/1999

Abertura do encontro: Participaram deste encontro dez mulheres e dois homens internados na unidade masculina, tendo como facilitadoras a acadêmica e a supervisora. Neste momento foi exposto qual seria o objetivo da reunião, a qual resultou da sugestão das mulheres. Deste modo, foram convidados todos os pacientes do Anexo.

Relaxamento: Com todos os participantes sentados ao redor das mesas.

Discussão do tema: nesta etapa foi aberto espaço para que cada integrante manifestasse sua opinião, suas reclamações e sugestões em relação ao tema proposto. Sendo que, somente algumas se expressaram.

Síntese: A discussão principal era a cobrança indiscriminada das consultas, que segundo elas seria de responsabilidade do SUS. Portanto, muitas manifestaram revolta por sentirem-se lesadas ou por presenciarem alguém ser pressionado a pagar a mesma sem condições com o argumento de “ou paga ou morre”. Outros assuntos foram abordados, como: o descaso de alguns médicos em relação aos pacientes, a falta de organização no setor de radioterapia deixando muitas pessoas a espera desnecessariamente.

Visualização e musicoterapia: Para esta atividade foi utilizado o cuidado com as cores de forma a estimular o fluxo de energia de cada ser, buscando uma harmonia dos fluxos energéticos e mesclando as frequências de cores, acalmando, rejuvenescendo e transformando.

Avaliação: gostaram de ter um espaço par expor o que pensavam, mas deixam uma pergunta no ar, será que isso vai mudar alguma coisa? Deixam claro a necessidade de haver uma denúncia, mas nenhuma se habilita a fazê-la. Uma das mulheres relata que não gosta muito da musica colocada durante a visualização, pois, segundo ela, são musicas muito lentas, que dependendo do dia a entristece, gostaria que tivesse músicas alegres estimulantes.

Reflexão do dia: Percebe-se que muitas não se manifestam ou manifestam-se de forma pacífica sem nada a reclamar, mesmo sendo também lesada pelo sistema, por medo de não vir ser atendida pela Instituição. Vimos que, cabe uma consulta à Coordenadora da fase e à Chefia de Departamento, pois “cada um se torna responsável por aquilo que sabe”, como refere a orientadora. Quanto às sessões de musicoterapia, penso em intercalá-las com novos estilos de música.

➤ **5ª oficina – Temática – Os significados do processo de viver na infância, adolescência, vida adulta, e na velhice.**

Data - 08/06/1999

Abertura: iniciamos nossa atividade com um grupo de sete pessoas. Explicado a dinâmica dos trabalhos, em que num primeiro momento seria a construção de Mandala a respeito do tema, em um segundo momento iríamos comentar sobre os significados das mandavas, e para finalizar um terceiro momento individual realizaríamos um diálogo reflexivo sobre tudo que foi exposto.

Relaxamento: nesta etapa foi conciliado o relaxamento com musicoterapia e visualização criativa, fazendo uso das cores como terapia. De forma a harmonizar as energias, e proporcionar inspiração e estimular a atividade criativa.

Construção de Mandala: Nesta etapa, após ter sido distribuído o material necessário foi orientado para que em uma mesma Mandala, deveria dividir em quatro partes, onde em cada parte expressariam cada fase de sua vida, a infância, a adolescência, a fase adulta, e a velhice. Mesmos que ainda não tivesse vivenciado todas as fase, mas expressar o que esperavam da mesma.

Avaliação: Uma das pacientes não sentindo-se muito bem, quis apenas participar do relaxamento e da visualização indo deitar após isso. As demais que participaram falam que gostaram muito pois ajuda a passar o tempo, distrai afastando os pensamentos ruins, e que ajuda a resgatar boas recordações ao mesmo tempo que desperta saudades.

Reflexão: Com o passar dos dias começamos a sentir mais segurança e vimos que é difícil fazê-las entender que as Mandalas são uma forma de expressão do ser e que não cabe a nos avaliar, ou dar uma nota, nem comparar uma com as outras. Neste primeiro momento, as participantes construíram as Mandalas, ficando as discussões para o segundo momento, a ser realizado em outro dia.

➤ **6ª oficina – Temática: expressão corporal através da dança**

Data: 09/06/1999

Abertura do encontro: Iniciamos a atividade com cinco participantes. Contamos com a participação de uma auxiliar de enfermagem. A princípio foram selecionadas as músicas conforme o gosto das participantes, as quais escolheram música gaúcha.

Expressão corporal: Esta atividade foi desenvolvida no corredor junto aos quartos das pacientes, em que as pacientes juntamente com a acadêmica e a auxiliar de enfermagem dançaram ao ritmo das músicas. Seguindo sugestões das próprias pacientes. E ao final da

atividade já havia mais paciente envolvidas com o som , e se não dançavam interagiam com brincadeiras e sorrisos.

Avaliação: Várias participantes se pronunciaram, demonstrando ter gostado da dinâmica da oficina. Seleccionamos alguns dos depoimentos:

- Agora sim, mudou o estilo de música mudou até o clima, dando mais ânimo e alegria (Neci).
- Acho que deveria ter mais vezes, pois além de alegrar faz a gente se movimentar um pouco pois estamos aqui muitos parados (Clara).
- É bom para esquentar nestes dias frios, deixa a gente se sentir mais solta (fernanda).

Reflexão: A experiência com a oficina foi muito boa, pois além de conseguirmos a interação das participantes, despertou nelas uma alegria não detectada anteriormente. A dinâmica desta oficina não estava programada, tendo surgido pela sugestão de algumas participantes. Este fato nos mostrou que a flexibilidade é fundamental para o processo de cuidado.

➤ **7ª oficina – Temática: discussão das Mandalas sobre o Processo de viver, construídas anteriormente**

Data: 11/06/1999

Significados das Mandalas

Este encontro foi muito especial, pois todas as participantes descreveram suas mandalas, contando muito de suas histórias de vida desde a infância até à idade adulta, se estendo na previsão do que esperavam para a velhice. Destas participantes quatro foram seleccionadas para o processo de cuidado individual. Deste modo, buscamos em outros encontros individuais com elas aprofundar as reflexões sobre suas mandalas, trabalhando muitos dos

significados que emergiram. Consequentemente, procuramos aqui fornecer somente alguns dados importantes de forma geral.

De um modo geral, as participantes descreveram vários pontos significativos em suas histórias de vida, começando por sua infância, incluindo comentários de suas família pais, irmãos, cidades de origens, que para muitas, só restam lembranças de fatos importante, ou de entes queridos que já se foram. A adolescência, fase importante para muitas, e ao mesmo tempo, marcada, para algumas, por dificuldades econômicas, que as forçaram a deixar de estudar para trabalhar e ajudar em casa e na roça, cortando madeira. Outras se viram muito cedo com a responsabilidade de sustentar a família ou de cuidar dos pais doentes.

Muitas descrevem a adolescência como sendo uma fase cheia de vivências boas, que gostariam de voltar a viver novamente. Mesmo para aquelas que relatam muitas dificuldades, havia o lado bom, pois eram jovens, cheias de sonhos, vitalidade, vivacidade, alegria, qualidades que referem ter perdido com o tempo.

Ao falarem sobre a idade adulta, evidenciam uma história marcada por encontro e desencontros. Nestas histórias, elas deixam transparecer as muitas diversas dificuldades enfrentadas, a coragem e a força presente na luta para constituir suas famílias, criar seus filhos. A família parece ser, para a maioria destas mulheres, a finalidade maior de suas vidas. Muitas modificam suas fisionomias, mostrando brilho em seus olhos quando falam do marido e dos filhos. A saudade da família é um sentimento forte que elas deixam transparecer.

Em relação à velhice, muitas já se consideram na terceira idade, sendo outras bastante jovens. Apesar desta diferença, todas são unânimes em esperar uma velhice com muita saúde, paz e alegrias. Esperam envelhecer com o companheiro, vendo os filhos

e/ou netos crescerem e constituírem famílias. Algumas chegam por vários momentos a se emocionar e a chorar, ao contarem suas histórias de vida.

Síntese: Este encontro propiciou uma maior proximidade entre as participantes do grupo. Pensamos que o fato delas se exporem, revelando acontecimentos muito íntimos, pode ser decorrente das oficinas anteriores, em que elas foram, gradativamente, se aproximando umas das outras e buscando se conhecerem. Contudo, algumas mulheres deixaram transparecer em seus relatos mágoas, tristezas, inconformismos e revoltas com determinadas situações vivenciadas. Deste modo, naquela oficina, procuramos refletir com algumas delas sobre estes acontecimentos, procurando reforçar a necessidade de reverem os significados dados àquelas situações, o exercício do perdão e a melhoria da auto-estima.

Visualização: Realizado uma visualização com cores com o objetivo harmonizar o ser.

Avaliação: Não houve comentários pois chegou o almoço.

Reflexão do dia: Esta oficina parece ter tido um impacto nas participantes. Todas se mostraram confortáveis ao longo da participação. Mesmo quando já tinham falado, e outra estava falando, se lembravam de outros fatos e pediam para poder falar novamente. Por outro lado, algumas delas pareceram pensativas após a oficina, como se estivessem refletindo sobre suas vidas.

17/06/99 - Quinta-feira

Foi o nosso último encontro de grupo. Procuramos dar oportunidade para que elas se expressassem e fizemos uma visualização criativa, e realização de desenho livre.

6.1.4 - CONSTRUÇÃO INDIVIDUAL

Conforme o proposto, nesta etapa descreveremos o processo de cuidado individual onde buscamos com este, a ressignificação do processo de ser e viver das mulheres com câncer. Da mesma forma que realizamos o trabalho em oficinas, descreveremos individualmente, aprofundando em questões específicas de cada ser. Aproveito também na mesma oportunidade para dar sequência a última etapa de atividades já iniciadas em grupo.

Conforme a sugestão da banca a clientela selecionada para esta etapa deveria ser mulheres que desenvolveram câncer de mama, mas por motivos já citados, neste relatório, selecionamos também mulheres com tumor de Hodgkin.

➤ Primeiro encontro com Lara: 10/05/1999.

A escolha em realizar o processo com Lara partiu de termos participado do seu processo de internação e a primeiro contato revelou uma fácil interação, conseguindo logo de início selar um laço de confiança e cumplicidade.

Identificação: Lara 65 anos, desquitada, do lar, casou-se pela primeira vez com 20 anos, teve deste casamento 2 filhos, enviuvou cedo. Em seguida se casou com seu cunhado, com o qual teve uma filha, e viveu por 16 anos com ele, suportando uma relação infeliz em função dos filhos que precisavam de um pai, sendo no entanto traída e trocada por outra. Segundo ela, fizera-lhe um favor, pois sofrera muito com alguém que não amava, mas que de início a tratava muito bem. Em seguida, conheceu seu último parceiro, com o qual manteve uma relação casual por aproximadamente 18 anos, pois não queria assumir uma relação a dois, somente uma relação assim de passeios. Gosta de ter liberdade, poder viajar

para onde quiser sem cobranças, sem compromisso. Estão rompidos há quatro meses, ficando recebendo pensão mensal do mesmo.

Após o diagnóstico de câncer de mama iniciou o tratamento, e há dois meses fez cirurgia, tirando parte da mama e os nódulos axilares. Fez quimioterapia e atualmente está fazendo radioterapia. Com a internação, tem a oportunidade de se desligar dos problemas, ou melhor, ficar longe para poder esquecer o amado, pois seu orgulho e altivez não a deixam dar o braço a torcer e procurá-lo. Contudo, reconhece que estão rompidos por sua responsabilidade, pois julga-se ser uma pessoa ruim, difícil, brava, irritante, sem paciência. Diz que ele é uma pessoa calma, compreensiva e que a ama demais, mas que cansou de ser maltratado e que dessa vez ele não irá procurá-la. Refere ter feito seu parceiro sofrer muito e se sente responsável por um acidente de trânsito que seu parceiro sofrera. Diz ser muito ciumenta. Seus próprios filhos reconhecem que ela é uma pessoa difícil e complicada, e que seu parceiro é uma pessoa muito boa.

Elza chegou à unidade em companhia de sua filha, a qual fazia tudo por ela, desde os procedimentos de internação até a arrumação de seus pertences, parecendo ser completamente dependente da filha. Aparentava-se ansiosa com a internação e todo o processo que estava vivendo. Fato curioso é que trazia consigo um relógio de parede por medo de perder a hora das sessões de radioterapia e as consultas médicas. Mais assustada ficou quando soube que os médicos passavam a visita entre as 7 e 8 horas da manhã. Sendo ela uma pessoa vaidosa, não deixaria que o médico lhe pegasse na cama ou melhor, sem ter tomado seu banho e posto sua maquiagem. Teme perder os cabelos, e mesmo fazendo quimioterapia branca que não leva à queda dos cabelos já comprou uma peruca. E quanto ao seu seio deformado diz não tirar mais o sutiã, pois não suportaria críticas.

A principio não dorme direito pois tem medo de perder a hora para a consulta médica, por isso levanta às duas horas da madrugada para tomar banho e se preparar para a consulta. Mesmo sabendo que esta só irá ocorrer depois das 7 horas, não volta mais a dormir, fica sentada ou encostada na cama esperando.

Dialogo reflexivo:

Lara – “Eu sei que sou uma pessoa ruim, brava irritante, sem paciência. Meus próprios filhos dizem que eu sou difícil, complicada.”

Leoni - Como podemos cobrar que os outros mude sua visão em relação a nós se não conseguimos mudar a visão que temos de nós mesmas, por exemplo, se não nos valorizarmos e nos amarmos, ninguém poderá fazer por nós. Acabamos por afastar até as pessoas que já nos amam por este comportamento de aversão. E como é que vamos querer que alguém nos ame se nós mesmas não nos amamos. A transformação tem que iniciar em nós. As situações de doença é na verdade uma oportunidade para pararmos e refletimos o que estamos fazendo conosco, para revermos e trabalharmos nossas angustias, mágoas e conflitos. Nosso corpo não pode agüentar tanta tensão e acaba por disparar um sinal de alerta, que pode ser o câncer. A doença é uma oportunidade que temos para aprender e avançar na compreensão de nosso ser. É hora de refazermos nossa auto-estima, considerando esta como fundamento para um viver mais feliz.

Lara – É verdade, eu vim parar aqui não foi por acaso, tinha que acontecer, para mim ter um tempo para pensar e refletir sobre tudo, um tempo afastada dos problemas, faz com que eu consiga refletir melhor.

Leoni – Porque ficar se culpando, por algo que não o fez, nada mais pode ser feito, não podemos voltar atrás e refazer os fatos novamente. Não podemos mudar os fatos passados, mas podemos mudar o nosso viver agora. Mas podemos parar, refletir e achar um novo significado que venha a mudar nossa visão do ocorrido de uma forma a auxiliar o nosso processo de vida, ou pelo menos não criar angústias que deprimem o ser. Procure ver as coisas de uma outra forma mais simples: se ele sofreu um acidente é porque tinha de acontecer talvez por imprudência dele, e ao contrario do que você pensa não teve nada a ver com isso.

Lara - Mas, eu sei que foi por minha culpa, ele saiu de minha de casa transtornado porque brigamos por besteira minha.

Leoni - O que vai resolver você ficar se culpando. Pense sobre isso. Procure limpar esta culpa e as mágoas do passado. Comece uma nova vida sem os pesos do passado. Procure compreender as suas ações. Sempre quando não fazemos o melhor para nós e não estamos felizes, não podemos fazer os outros felizes. Quando não nos amamos, não podemos amar a ninguém.

Visualização criativa associada a musicoterapia: esta etapa foi feita individualmente, com a participante deitada em seu leito, utilizamos para esta a metáfora da “casa suja” (proposto pela orientadora), fazendo com que Lara buscasse limpá-la, jogando fora os entulhos (mágoas, culpas, etc), abrindo as janelas e deixando o sol entrar.

Avaliação: “Foi bom, só que eu não me sinto muito a vontade ficar deitada durante o dia”

Reflexão do dia: Sentíamos satisfeitas por conseguir em um curto período de tempo a colaboração da cliente, melhor que isso, a confiança mútua, facilitando o processo de cuidado e fazendo com que este flua naturalmente. Temo me envolver demais com a pessoa e acabar por interferir em assuntos íntimos que não competem a mim, pois não faz parte dos objetivos do processo. Vimos que ela compreende o que falo, mas insiste em manter sua visão.

➤ Segundo encontro com Lara - 12/05/1999

Neste encontro, a cliente parece estar muito ansiosa, pois está se aproximando o final de semana, e ela poderia ir para casa ver a família. Mas em sua mente existia um conflito muito grande pois ao mesmo tempo que gostaria de ir em casa já não queria mais, com medo de lhe aumentar as saudades de ver seu companheiro, o qual estava tentando esquecer, fugindo se afastando. Pensa que a doença veio justamente por isso para afastá-la de sua cidade e de todos que lá moram, e que não deveria retornar sem o tratamento terminar. Aí sim, já teria se passado mais tempo e seria mais fácil. Já mandara sua filha buscar o dinheiro da pensão para não ter que cruzar com ele.

Dialogo Reflexivo:

Leoni: Para que fugir se mais cedo ou mais tarde terá que enfrentar. Sua estada por aqui é passageiro, mais rápido do que pensa já estará retornando para casa. Porque não aproveita este processo que está passando e começa por colocar a vida em ordem, resolver o que está

por resolver, não adianta prolongar a angustia, a ansiedade. As vezes as coisas são bem mais simples do que pensa.

Lara – É verdade, as coisas são simples, a gente é que complica, não adianta eu fugir! Já decidi eu vou passar o final de semana em casa, não vou procurá-lo, mas se por um acaso nos cruzarmos na rua...

Leoni – Realmente fugir não é a solução, mas um tempo para pensar, pode se fazer necessário, e o estar doente na verdade é uma oportunidade que temos para refletir sobre alguns sentidos que damos a vida. Temos muito a aprender para evoluir, pois nossa vida é um permanente processo de morte-renascimento, de transformação pessoal. A cada decisão que tomamos estamos renascendo para um novo presente.

Visualização criativa e musicoterapia: esta atividade foi desenvolvida com Lara no leito, fazendo uso das cores. Procurei enfatizar a auto-estima e o renascimento para um viver mais feliz.

Avaliação – É, foi bom. Estou com vontade de caminhar um pouco, ir lá fora para passar o tempo, aqui demora a passar.

Reflexão: Percebemos que Lara não consegue relaxar e se concentrar por muito tempo, abrindo os olhos no meio da atividade e suspirando ansiosa. Respeitamos o fato dela não se mostrar receptiva à visualização. Contudo, nos diálogos ela é bastante participativa.

➤ Terceiro encontro com Lara 18/05

Neste dia a cliente aparenta mais calma, tranqüila, já consegue dormir até as quatro da manhã, não esta mais tão dependente da filha, pois aqui tem que se virar sozinha. Ela toma a iniciativa de me procurar para conversar, e de início me relata seu final de semana em casa.

Dialogo reflexivo:

Leoni – Como está se sentindo?

Lara – Passou aquele medo de ir lá. Você tinha razão, não tinha o que temer. Eu temia que ele me procurasse e eu não queria voltar. Agora sei que quero voltar mas vou esperar que ele me procure. Agora se puder vou todos os finais de semana, mas tomara que termine o tratamento logo, para ir viajar com minhas amigas.

Leoni – Viu como foi importante, refletir, ver as coisas de uma outra forma, parar de se maltratar com sentimentos deprimentes, como a culpa, a auto-punição, melhorar sua auto-imagem, voltar a viver, a curtir a vida. Há tantas coisas ainda para serem feitas, como você mesmo disse, viajar com suas amigas, mas não pode parar por aqui, ainda tem muito a evoluir para alcançar a Felicidade.

Visualização: Não aceitou fazer a atividade

Avaliação : sinto-me mais aliviada, mas não tenho vontade de fazer relaxamento, não fique chateada comigo.

Reflexão: Comentamos com a supervisora o fato dela não aceitar participar das oficinas, nem das construções de Mandalas ou fazer visualização. Esta sugere a hipótese de que a seja uma fuga ou medo que através das Mandala revele algo que não gostaria de ser revelado. Mas não cremos que seja isto, visto que mantivemos um nível de interação e confiança maior do que o esperado.

➤ **Quarto encontro com Lara - 08/06/1999**

Neste momento Lara nos procurou, pois precisava contar o que estava acontecendo em sua cidade, continuava ansiosa, mas parecia ser por motivo diferente. Contou-me que seu amado sofrera outro acidente de trânsito indo parar por vários dias em uma UTI, e que sua filha não tinha contado para protegê-la. Mas quando ela foi para casa passar um final de semana descobriu. Movida pelo acontecido, deixou de lado orgulho e foi procurá-lo. Relata que tiveram uma conversa como nunca e chegaram a conclusão de que se amavam e a esta altura da vida não tinham porque ficarem separados por banalidades, por orgulho. Ela iria tentar moderar um pouco seu gênio intrigante, e agora vão ficar juntos, sem culpa ou

ressentimentos. Segundo ela, ambos já sofreram demais, ele com 2 acidentes graves e ela com câncer de mama. Agora não via a hora de terminar o tratamento para voltar para casa.

Dialogo reflexivo :

Leoni – Mas, vai continuar se culpando pelo primeiro acidente que ele sofrera?

Lara - Não, eu pedi perdão a ele, e ele disse que eu não preciso pedir perdão por isso, pois não foi culpa minha. E agora eu reconheço que não foi mesmo, é porque ele é muito louco no volante, ele corre demais, veja só, desta vez foi pior, ele quase morreu!

Leoni - As vezes é preciso acontecer várias coisas para podermos aprender, a nos respeitar a nos amar, a dar valor a vida, e a enxergar o que está em nossa frente e não queremos ver. É por isso que eu falo que as dificuldades podem ser oportunidades, para aprendermos e evoluirmos, para construir-mos nossa felicidade.

Avaliação: Você sabe que eu gostei de você, que jamais vou esquecê-la, pois você é quem me fez ver que estava errada, as coisas são fáceis, a gente é que complica.

Reflexão do dia: Vimos que o processo com Lara ainda não está concluído, pois ainda há vários pontos a serem trabalhados, como a auto-imagem, a ansiedade em excesso, mas que necessita de mais tempo. Podemos não ter conseguido ajudá-la a ressignificar todo o seu processo de vida, mas penso que ela já dispõe de alguns itens para reflexão.

➤ Primeiro encontro com Fernanda - 14/05/1999

Fernanda nos chamou a atenção pelo fato de ser muito jovem e ter desenvolvido uma forma de tumor não tão comum quanto os demais, e ao mesmo tempo por se mostrar carente de atenção e muita vontade de conversar sobre o assunto com alguém, sendo receptiva e se mostrando disposta a trabalhar comigo.

Identificação:

Fernanda 24 anos, casada, mãe de duas meninas, uma com 8 e a outra com 3 anos, procedente de Criciúma, desenvolveu tumor de Hodgkin. Fez quimioterapia, perdeu totalmente os cabelos e hoje veio para fazer radioterapia. Descreve que no início foi traumatizante, um choque que não esperava. Segundo ela, o pior foi a atitude do médico que pediu urgente exame de AIDS, avaliando a hipótese de começar o tratamento com coquetel. Fala que não se conformava com a hipótese de ter AIDS, o câncer nesse momento era o de menos. Perguntava, porque tinha acontecido com ela. Confessa que foram os piores dias de sua vida. Além de saber que estava com câncer, havia aquela suspeita sem lógica de estar com AIDS. Mas felizmente os testes deram negativo. Ai ficou mais fácil encarar o câncer. Diz já ter passado da fase da negação e da revolta. Procuro pensar positivo, pensar que já está curada e que a rádio será a última etapa do tratamento. Sabe que terá de continuar em controle por aproximadamente 5 anos, que nesse período há a chance de recidiva, mas demonstra estar confiante e não se preocupar com isso.

Diz sentir necessidade de falar sobre a doença, mas sua família evita, talvez por medo de entristecê-la. Falar sobre o assunto para ela é como se exorcizasse, mas parece que ninguém de sua família a compreende. Relata que gostaria de expressar para a família o que pensa, não só em relação a doença, mas também em relação às outras coisas que sempre guardou para si. Principalmente em relação ao seu marido, que segundo ela, não a conhece, pois nunca revelou seu pensamentos para ele. Sempre fez o que ele queria e gostava. Julga seu casamento um erro, pois não foi vontade sua. Namorou seu marido porque ele a perseguia muito, mas não o amava, e por descuido engravidou aos 15 anos, e quando se deu conta, seus pais já haviam marcado seu casamento, sem saber se era aquilo que ela queria. A idéia de terem na família uma mãe solteira era inaceitável, como também é

inaceitável ter uma filha separada do marido. A sua felicidade para eles parece não importar, mas sim o que os outros vão comentar a respeito.

Outro motivo que também a revolta, é o fato de não poder mais ter filhos em função da quimioterapia e radioterapia. Que mesmo já sendo mãe, gostaria de poder ter mais filhos, mas o que lhe incomoda realmente é por ser algo imposto, e não uma decisão sua, como se tirassem parte de sua vida. Relata sentir-se impotente, incapaz, como se não estivesse completa. Mostra-se ansiosa e preocupada também com a demora para iniciar o tratamento de radioterapia, pois a máquina está quebrada e teme estar dando muito tempo para o câncer progredir.

Dialogo reflexivo: esta atividade foi desenvolvida individualmente.

Leoni - Qual é a sua atitude perante toda esta situação que colocou a respeito de sua vida?

Fernanda - Como eu já falei, eu me fecho e guardo para mim, não consigo expressar o que sinto para minha família.

Leoni - Mas você já sabe o que tem que ser feito?

Fernanda - Talvez, mas tenho medo de cobranças dele e de minha família, por qualquer atitude minha que venha a bater contra os princípios deles, e me interpretarem mau.

Leoni - Então vai continua deixando que eles conduzam a sua vida ?

Fernanda - Não suporto mais a pressão, estou a ponto de explodir.

Leoni - Eu acho que você já “explodiu”, só que na forma de um câncer, pois a doença não é um processo localizado, mas do ser como um todo. Muitas vezes os sintomas da doença são a última manifestação de processos muito mais profundos que passaram despercebidos. Se um câncer “estourar”, não é o corpo que está doente, mas o ser como um todo. Mas a doença, vista de uma outra forma, é o ponto de mutação em que o mal se deixa transformar em bem. Para que isto possa ocorrer, temos de baixar a guarda e, em vez de resistir, ouvir e ver o que o nosso coração tem a nos dizer. Estar doente é na verdade uma oportunidade para pararmos e refletimos sobre o que estamos fazendo conosco e o que estamos deixando os outros fazerem conosco. A doença é uma oportunidade que temos para aprender e avançar na compreensão de nosso ser, bem como no cuidado de nós e dos outros. Amar a si próprio é o primeiro passo para um viver mais feliz. Se não nos valorizarmos, não nos respeitarmos e não nos amarmos, como é que vamos querer que alguém nos ame, respeite e valorize. Temos de nos considerar capazes de tomar nossas decisões. Precisamos aprender a expressar adequadamente a nossas emoções para que não acumulemos raivas, tensões e

ressentimentos reprimidos. Se essas emoções não são expressas, continuam a ferver silenciosamente, provocando o acúmulo de pressões inconscientes, alimentando a doença. A medida que nos tornarmos mais conscientes de que nossas emoções e nível de sintonização interna podem favorecer a manutenção de saúde ou a ocorrência de doença, iremos aprender a nos comportar de forma mais responsável em relações a nós e aos outros.

Visualização criativa associada a musicoterapia: Esta atividade foi desenvolvida individualmente, visualizando os seres como campos de energia que se interpenetram e se influenciam, a fim de estimular forças renovadoras, livrar o ser de padrões emocionais cristalizados, promover vitalidade, coragem e conduzir a uma sensação de relaxamento e paz interior. Usei a visualização das cores.

Avaliação: É maravilhoso, dá uma sensação de leveza, de paz e harmonia. Principalmente quando eu imagino um feixe de luz colorida entrando e saindo do meu corpo, tomando conta de minha alma.

Reflexão do dia: É bom trabalhar com pessoas jovens, mas que tenham um nível de compreensão mais aguçado, que é o caso de Fernanda, pois ela interage e participa do cuidado muito mais do que somos capazes de relatar, sendo possível trabalhar com ela em um nível mais elaborado. E a pedido dela iremos, em um outro momento, trazer referências bibliográficas que informem sobre sua patologia e formas de tratamento, pois a mesma pretende investigar a relação dos mesmos com os órgãos reprodutor e as chances de ainda poder ter filhos.

➤ **2ª encontro com Fernanda - 02/06/1999.**

Neste encontro Fernanda já se encontrava mais solta, sempre interagindo com todos da unidade. Relata que saiu para passear no centro, fazer compras e tem vontade de andar de escuna antes de ir para sua casa.

Construção de Mandala: “Os significados do processo de viver na infância, adolescência e vida adulta e na velhice.” (esta atividade já foi desenvolvida em outro momento em grupo)

Significados da Mandala: (esta etapa foi em grupo)

Infância – pureza alegria e inocência, eu acho que é o começo de tudo é o aprendizado básico um ser a ser moldado, que só vai armazenando conhecimento, foi muito bom. Os pais passaram muito trabalho, mas a gente quando criança só pensa em se divertir, brincar. Eu não passei trabalho, mas eu lembro que a gente foi morar em Goiana, e lá a gente passou muitas dificuldade, tivemos que vir embora. Somos em três irmãs. A gente gostava de brincar. Pureza, inocência, para mim, é alegria. O colégio também eu curti muito, sempre gostei de estudar, fase boa que não volta mais.

Adolescência – Eu coloquei no cartaz: “vóz ativa esperança e sonho”, eu acho que é o momento que a gente realiza os sonhos. A gente espera realizar tudo, mas a vida é um aprendizado também, e existe sonhos que a gente vai tentando realizar com o tempo e tenho muitos sonhos ainda para realizar.

Adulta - Determinações, realizações e tomar a iniciativa para a realidade. Por exemplo, esta fase que eu estou passando de doença, pode ser um início para tudo, para as minhas mudanças e minhas realizações, e poder viver bem. Pois só de sonhos não se vive, tem que realizar. Minhas filhas são realizações importantes para mim.

Velhice – Para mim pode chegar na velhice com sabedoria e vitalidade e realizada, acho que só assim a gente pode ser plenamente feliz, e creio que na velhice eu seja bem sorridente, muita alegre, o que não tem nada a ver com doença. Eu acho que até o ultimo suspiro você pode mudar sua vida.

Dialogo reflexivo: (individual)

Leoni - O que mais te entristece nesse processo de vida ?

Fernanda - O fato de não ter tido uma adolescência e juventude como os outros, ter parado de estudar, e deixar tudo de lado em função dos outros.

Leoni - Não acha que está na hora de você tomar as “rédeas” de sua vida, colocar você em primeiro lugar, cuidar de sua vida primeiro para depois cuidar dos outros. (fica um instante em silêncio)

Leoni - E como é que é que você se sente agora com esse processo de doença ?

Fernanda – Depressão, vontade de mudar, só falta decidir mudar, pois sei que isso é um processo demorado, preciso mais da cura espiritual do que a do corpo físico. Eu crio de uma certa forma a doença, até o câncer eu mentalizo. Mas a pior doença é a da alma, a depressão. Quando se fala em doença parece ter relação com a morte. Agora sei que é só mais um processo necessário para evoluir, mas tenho medo de ser julgada, por isso me fecho.

Leoni – Ha uma forte correlação entre depressão, desgosto e diminuição das defesas imunológicas, qualquer que seja suas causas auxilia no desenvolvimento de tumores. Mas o ser ou consciência individual é o infinito potencial de amor e sabedoria. Complexa e ilimitado. A ordem de evolução do seres humanos depende da capacidade de expressão da consciência, aumentando assim a capacidade de percepção e interação, a qual está diretamente relacionada à natureza evolutiva do ambiente em que vive. O ser é mais que um corpo, ele interagem com a natureza, com o cosmos como parte dela. Somos seres de energia, e como energia estamos sempre em movimento, sempre em transformação, em constante processo de morte-renascimento. Surge daí a necessidade de buscar a sua essência, seu verdadeiro eu, portanto, a necessidade de se auto-conhecerem para poderem efetuar o processo de transmutação ou cura, a qual está sempre associada a uma ampliação de consciência e a um amadurecimento pessoal .

Visualização criativa juntamente com musicoterapia: Nesta fase, a fim de buscar a eliminação das angustias, depressão em ir busca de um processo de mudança fiz a visualização usando a metáfora da “casa suja” (proposto pela orientadora).

Avaliação: Foi interessante e engraçado ao mesmo tempo, porque quando você falou da casa suja eu imaginei a minha casa, só que estava limpa, ai eu tratei rápido colocar um monte de sujeira e depois limpar tudo de novo.

Reflexão do dia: Surge uma dúvida no transcorrer do processo, chegamos a comentar com a supervisora, pois a cliente parece entender o que falamos, interagindo, concorda até repete, mas parece ainda muito subjetivo, não transportando para a prática. Continua temendo as cobranças, e não tomando o passo inicial para mudança.

➤ Terceiro encontro com Fernanda - 18/06/99

Neste encontro mostra-se muito feliz pois se aproxima a alta, podendo voltar para casa, para junto de suas filhas.

Relaxamento: realizado um breve relaxamento:

Desenho Livre: “A expressão do ser” (esta etapa foi em grupo em um outro momento)

Significados dos desenhos:

“Aqui represento eu, o ser, o meu desejo de renascer, vida nova. O sol significa Deus, esperança, luz o caminho a seguir. A natureza diz tudo para mim e quem sou, como coloquei acho que é o complemento, faz parte, é um ciclo de vida. O sol que eu usei bastante é pureza, energia, saúde. O ser está sempre ligado a natureza, com uma ligação muito forte. Veja que eu mesclei algumas cores. O que você faz com a gente é uma terapia maravilhosa, a gente se sente muito bem. Vida amor, energia, saúde. O verde é limpeza, amor, união, representado pelo coração. Eu acho que na vida ninguém vive sem amor. Despertar esse lado do amor, encontrar a pessoa certa, ou descobrir que ela é a pessoa certa. Acho que não existe solidão. De repente não deu muito certo ou não encontrou a pessoa certa, mas ficar sozinho não. Eu acho que felicidade é viver de bem com alguém. “Todo relacionamento é uma troca”. Ter um companheiro se realizar, filho é o complemento de tudo; amor não tem igual. O maior amor do mundo é o amor de um filho, muito importante. Tenho um desejo grande de transformação do meu ser, do Eu. Mudar, porque vontade de mudar eu tenho, como já falei, cheguei até este ponto, e agora só preciso desta transformação, ser eu mesma, tomar as rédeas de minha vida. Tomar decisões, desabrochar, pois eu sou um botãozinho ali, preciso abrir agora, florescer e despertar toda a essência de meu ser. Já estou começando, e espero não parar por aqui, pois a vida é uma eterna busca. A busca de conhecimento. Não sei se existe algum momento na vida para dizer assim: - pronto, é isso que eu quero, já estou realizada até aqui. - não sei se um dia vou chegar a este ponto. Acho que é sempre uma busca eterna. Claro que existe momentos que pode se dizer agora eu estou bem, realizei várias coisas, mas sempre existe algo mais que você vai sempre em busca, sonhos sempre em busca de realizações. É isso que significa para mim. Liberdade representada pelo pássaro, Liberdade... O conjunto de tudo isso seria a plenitude, seria a felicidade total.

Dialogo reflexivo:

Leoni – E quando falas de liberdade. Que significado isso tem para você?

Fernanda – É a tomada de atitudes e assumi-las, e ter coragem de assumir, ser eu mesma, sem medo de cobrança.

Leoni – E onde você busca essa coragem?

Fernanda – Estou buscando dentro de mim.

Leoni – E o que já mudou dentro de você ?

Fernanda – Acho que a grande transformação foi eu encarar a situação, saber onde estou errando, descobrir onde que está o erro, isso já é uma grande transformação. Agora estou começando o processo de transformação, e descobrir onde estão as falhas os erros as causas. Agora basta botar em prática. Não basta apenas ter teoria e não ter atitudes, não por na pratica, é preciso ter teoria e atitude, tomar iniciativa.

Leoni - A partir do momento que você tiver uma nova visão, ou uma outra interpretação dos fatos, perdera o medo de cobranças. Querer ser feliz não é egoísmo. Acaba abrindo mão da felicidade em função dos outros, você não pode abrir mão de sua felicidade, pois você sendo saudável é que poderá ajudar os outros. Um ser pleno e feliz poder fazer alguma coisa por alguém.

Avaliação: Fernanda – Quando você faz aqueles exercícios, então é maravilhoso, sinto vejo as cores, que começam a se mescla tipo um redemoinho, aos poucos vão se mesclando, tipo uma bola ao redor de mim que vai se transformando.

Reflexão do dia: Achamos que podemos considerar objetivo alcançado, pois os relatos foram surpreendentes, principalmente o que ela conseguiu expressar através do desenho, e ao contrário do que pensávamos no encontro anterior já esta ocorrendo o processo de transformação e ressignificação. Em seguida, Fernanda teve alta. Duas semanas depois, recebi seu telefonema, contando que estava conseguindo expressar os seus sentimentos para o esposo e a família. Estavam conversando muito e os dois estavam se entendendo. Estavam saindo para passear e dançar. Estava muito feliz. Os exames tinham dado bons resultados e não precisava, segundo sua médica, retornar para radioterapia. Agradecia pelo que fizera por ela.

➤ **1º encontro com Bárbara - 14/06/1999**

A escolha desta paciente deu-se devido a disposição e entusiasmo da cliente em participar das atividades, sendo que além de receptiva, fazia parte da clientela estipulada por este estudo.

Identificação:

Barbara, 52 anos, casada, mãe de 3 filhos, procedente da cidade de Urubici. Teve câncer de mama, tendo se submetido a uma mastectomia radical e feito quimioterapia. Conta ter passado momentos difíceis na vida, com más lembranças com a morte de seu pai há 20 anos e mais recente, com a morte de sua mãe, que teve câncer de mama há 5 anos. Fala também de algumas dificuldades que sofrera no início da vida de casada, pois tivera de começar do zero com seu marido, que trabalhava de capataz em fazendas, ora dependendo de alguns serviços de carpintaria que seu marido conseguia. Diz já ter sofrido muito em função de seu marido beber, pois não suporta cachaça e ficava muito aborrecida quando isso acontecia. Em decorrência disto, deixou de ir a rodeios, festas ou acampamentos, pois cada vez que ia seu marido exagerava na bebida e virava chacota dos outros. Outro momento foi quando descobriu ter sido traída no momento em que estava grávida de sua filha mais velha, passou muita vergonha, separou-se, mas teve de aceitá-lo de volta em função das crianças. Outra decepção que teve foi quando sua filha caçula apareceu grávida, diz que não esperava tal situação, da mais velha talvez, mas da mais nova não, pois esta era muito caseira e comportada. Acabou aceitando, principalmente quando soube que sua filha havia confessado a uma amiga que pensara em se matar. Deu apoio a filha e ajudou a criar sua neta que hoje já está com 5 meses. Relata ser a “menina de seus olhos”, motivo também de preocupação, pois sua filha é marinheira de primeira viagem, precisando de seu apoio e

ajuda neste momento. Estava com medo e ansiosa com a internação, mas agora já está mais tranqüila pois sabe que vai ter companhia de alguém mais próximo, pois acabamos descobrindo que somos, além de conterrâneas, parentes. Iniciou-se aí um forte laço de amizade e confiança. Requisitos fundamentais para o estabelecimento de uma relação de cuidado.

Criação de Mandala: Tema – Os significados do processo de viver na infância, adolescência, vida adulta e na velhice. (esta atividade foi realizada anteriormente e individual)

Significados da Mandala:

Infância – Eu acho que é o início de uma vida, a gente é uma pessoinha indefesa de tudo, a gente tem que atender, cuidar, dar carinho, tratar, com muito afeto muita luta, para o dia de amanhã ser um adolescente compreensivo, completo de tudo, sem revoltas. A gente tem de fazer tudo para isso, para o dia de amanhã ser um adolescente e um adulto bom. Da minha infância eu tenho pouca lembrança, mas diz uma madrinha minha que eu era uma criança muito linda que ela gostava muito de me arrumar, e sair comigo, ela era solteira, e quando os moços olhavam não sabiam se era para mim ou para ela.

Adolescência – Lembro de nosso pai, ele era ótimo, meu pai era enérgico, mas era um pai que não surrava, mas a gente sabia até aonde podia ir. Um pai muito amigo, muito brincalhão com a gente, nós conhecia ele pelo olho, quando ele não gostava de qualquer coisa a gente já sabia. As vezes ficava meio alvoroçado mas de repente passava, pegava a gente e botava no colo. Lembro dos meus 12 anos, quando já ajudava ele lavar. (narra um fato marcante que lembra). Eu tive uma vida muito boa, a mãe também era enérgica, mas nos ensinava a fazer tudo. Tenho saudade do sítio onde morávamos, gostava muito de cavalos.

Adulta – Aqui passei por vários momentos, alguns meio triste, como a doença a qual eu vivo agora mais na estrada de ônibus do que em casa, mas o que importa é a família ser unida. Lembro de minha casa, das flores, gosto muito de mexer no quintal, ajudar as pessoas. Atualmente eu estou cuidando de um velhinho, ele não anda mais, fica só na cama. Agora me preocupo porque meus filhos estão em casa se virando com uma criança e um velhinho.

Velhice – Espero viver muito, ficar bem, velhinha, e poder comemorar meus 80 anos com minha família.

Dialogo reflexivo:

Leoni – Como foi para a senhora a morte de seus pais ?

Bárbara – Minha mãe sempre foi uma pessoa muito doente, sofreu muito ao final de sua vida mas meu pai foi mais rápido. Achávamos que era saudável, e morreu de repente do coração, foi um choque muito grande. A gente sente falta, mas acho que já superamos. Minha mãe foi mais recente quando descobriram que ela tinha câncer foi tarde demais. Ele já tinha tomado conta, não adiantava mais cirurgia. Então apesar de estarmos ou pensarmos estar preparados, sempre se sente, principalmente agora quando descobri que também tinha câncer de mama, lembrei logo do que ela passou.

Leoni – Mas se encararmos a morte não como o fim, mas sim uma passagem, e que estamos aqui neste plano provisoriamente para aprendermos; se nos dermos conta de que somos seres de energia, que a morte é apenas uma transformação dessa energia, poderemos aceitar a morte mais facilmente. E quanto a senhora ter a mesma doença dela, não que dizer que irá sofrer igual, pois depende muito da senhora o processo de cura. A senhora ao contrario dela se deu por conta mais cedo. Não pode é desistir, podendo encarar a doença como uma fase de aprendizagem intensiva, como momento de reflexão e de grandes mudanças.

Leoni - O que mais lhe preocupa atualmente ?

Bárbara - Os meus filhos, esta menina de 5 meses para criar, e o rapaz que não consegue emprego, deixou de estudar, e andava com uma turma ruim, entrando até para a maconha.

Leoni – Tenho certeza de que eles precisam nesse momento de muito apoio, vão ainda precisar muito da senhora, mas para ajudá-los precisa antes estar forte e saudável, sem medo ou mágoas. Com o tempo o seu filho também vai se superar e se dar conta de que ele é feliz, pois tem uma boa família. Agora é preciso concentrar suas forças na sua recuperação e tomar decisões que a ajudem a ser mais saudável. Não se culpe por ele estar desta forma, tenha a certeza que a senhora fez o que precisava fazer e que agora depende também dele se conscientizar e assumir suas responsabilidades.

Visualização criativa: Feito visualização usando a metáfora da “casa suja”, com a cliente relaxada e deitada ao leito.

Avaliação: Muito bom, acalma, tranquiliza, a tua voz parece que vai ficando distante, chega a dar um sono.

Reflexão: Pensamos que não será difícil trabalhar com dona Bárbara, pois, na verdade, ela já esta num processo de transformação de crescimento, as mágoas ainda flui mas ela esta internamente trabalhando o perdão.

➤ **2º Encontro com Bárbara - 24/06/1999**

Neste encontro, Bárbara se mostrava muito contente, pois havia passado o final de semana em casa com a família, fazendo muitos comentários da neta, que esta cada vez mais engraçadinha. E seus olhos brilham quando toca no nome da neta. Estava neste dia fazendo crochê em uma toalha para passar o tempo, mas infelizmente acabou a linha.

Construção de Mandala: “O processo de ser e viver doente/saudável” (esta atividade já haverá sido desenvolvida em um outro momento individualmente)

Significado das Mandalas:

Doença - Coloquei a irmã Dulce, é uma pessoa que só fez o bem, muita caridade, quanto ela lutou pelas crianças, ela cuidava de doentes. represento pelo médico, que lembra algum problema que precisa consultar, também o cigarro que eu acho que é um grande responsável da doença, só coisa ruim ele traz que é o câncer de pulmão garganta. Pessoas desacorçoadas é por que tem qualquer coisa. Fazer ginástica faz bem para a saúde, cuidar dos dentes também é importante. Escolhi a cartolina branca que representa a paz, e fiz círculos verde que representa a esperança de um dia melhor, no dia de amanhã estar com saúde.

Saudável – “Família unida permanece unida” todos saudáveis, felizes. Coloquei VIDA, o cantor cantando, gente de muito talento, cantando, saudável alegre, feliz. “Campanha da criança”, Vida é saúde, flores é vida também. “Seu nome é Jesus” ele é tudo para nos, é o que nós somos, é o que vai ser disso aqui, tudo se resume no nome de Jesus.

Dialogo reflexivo:

Leoni – Você se sente um ser doente ?

Bárbara - Não, graças a Deus eu estou bem, estou me sentindo bem, vontade de trabalhar, chegar em casa e lutar, botar a mão na massa.

Leoni – A doença é também o resultado do acúmulo de grandes tensão, ou maus tratos, acumulados durante a vida, que de repente explode em uma doença qualquer. Mas temos que ver a doença não como o fim e sim como um caminho, um desafio, momento para pararmos e refletimos, e se desprender das magoas, dos ressentimentos, de todo aquele sentimento que nos faz doente e renascer para uma nova vida em um processo que chamamos de morte-renascimento, através de cada decisão nova, cada minuto, cada rumo diferente que tomamos em nossa vida. E para isso devemos aproveitar cada minuto e aproveitar o presente. E a vida é uma eterna busca da felicidade, mas essa só se alcança com a evolução do ser. Não se tornar prisioneiro de coisas insignificantes, saber perdoar, as pessoas e a si própria. Enfim se desprender do passado e ir em busca da evolução do ser, da felicidade da Saúde.

Visualização criativa: Trabalhamos com a visualização de cores.

Reflexão do dia:

Este dia a sentimos muita preocupada em função dos filhos, e ao mesmo tempo confiante, seguras e com a compreensão de que isso é apenas um processo necessário, que ela já está superando, pois tem muito a fazer ainda.

➤ **Terceiro encontro com Bárbara - 27/06/99**

Como queríamos conhecer melhor Bárbara e sua família, resolvemos fazer uma visita domiciliária, no final de semana em que estava em casa. Barbara mora na cidade de Urubici, em uma casa com 3 quartos, sala cozinha, banheiro e área de serviço, casa de madeira com cozinha de alvenaria. Moram nesta casa, a Bárbara com seu esposo, o filho, uma filha com a neta e o senhor dono da casa, de quem eles ganham a casa para morar, terreno para plantar, a fim de cuidar dele. Este senhor recebe a visita periódica de seus familiares. A família de Bárbara parece ser muito unida; seus filhos são muito carinhosos e

a tratam com muito respeito. Eles têm uma boa relação com os amigos e familiares. No pouco tempo que estive lá, inúmeras pessoas vieram visitá-las, parecendo ser aquele um fluxo normal de pessoas durante os finais de semana. Conheci a neta que Bárbara tanto fala, e realmente se trata de uma criança linda e saudável, ativa, real motivo para sentir saudades. A relação com seu marido parece estável, além de ter muito apoio de genro que segundo ela é uma pessoa admirável e sempre pronto para ajudar.

➤ **4º encontro com Bárbara - 30/06/1999**

Bárbara se encontra feliz, pois logo terá alta e vai poder ir para casa ficar com sua filha e neta. Contou-nos também que seu filho ligou para dizer que conseguiu emprego e já está trabalhando. Seu marido teve também teve uma safra boa de pinhão e estão todos tranquilos em casa só lhe aguardando, Sua irmã que iria fazer uma cirurgia, já a fez e passa bem.

Desenho livre: “A expressão do ser” (esta atividade foi desenvolvida em outra ocasião em grupo).

Significado do desenho:

Sinto saudades do campo, do lugar onde morava quando era pequena e fui morar nos primeiros 2 anos de casada. Sinto saudade do cheiro do mato, da lida com os animais, dos campos verde, principalmente do mês de setembro onde os campos ficam floridos. Lembro de minha adolescência que nos íamos passear na casa dos parente que moravam naquela região tudo a cavalo. Aquilo que era felicidade, dá muita saudade.

Dialogo reflexivo:

Leoni - E agora, você não é feliz ?

Bárbara – Sou, tenho uma boa família, com alguns problemas mas, graças a Deus, está se encaminhando, passei por momentos difíceis por causa de minha doença mas acabou, agora é só me cuidar, e continuar fazendo o controle, mas penso que tudo está bem. Sempre tive

uma família muito unida eu e minhas irmãs, sempre ajudamos umas as outras, elas também estão passando por etapas difícil mas vão superar.

Visualização criativa: Com a cliente em seu leito, utilizamos para esta atividade a metáfora do “jardim”.

Avaliação: foi muito bom. Foi muita sorte ter encontrado você aqui, você me trouxe muita alegria, preenchendo meus dias. Confesso que quando cheguei estava muito angustiada, com medo por estar sozinha, com minha família lá longe, mas você foi um anjo que Deus colocou em minha frente, hoje estou indo embora e fico muito agradecida a você, por ter me dado esta força.

Reflexão do dia

Ao contrário do que Bárbara pensa, a força ela buscou dentro dela mesma. A nossa presença e o que realizamos apenas a inspirou a seguir este caminho, pois como já havíamos dito no início ela já estava passando por um processo de transformação interior.

6.2 - OPORTUNIZAR O CUIDADO INTEGRAL

Ao longo de todo o processo prestamos cuidados integrais não apenas as participantes deste estudo, mas também a todas as demais internadas na clínica. Deste modo, tivemos a oportunidade de desenvolver atividades como administração de medicação, verificação dos sinais vitais e eventualmente alguns curativos. Acompanhamos as clientes às seções de Quimioterapia no CEPON e participamos do tratamento radioterápico. Além de outras atividades desenvolvidas já na unidade. Desenvolvemos um

processo educativo com as clientes internadas, em que tivemos a oportunidade de discutir sobre suas patologias e esclarecer dúvidas.

6.3- AVALIAÇÃO

A avaliação do processo, como estipulada no projeto, foi realizada a cada dia, o que possibilitou redirecionar algumas atividades. A participação e construção coletiva foi um aspecto de destaque neste processo de cuidado. Embora tenhamos cuidado individualmente de cinco clientes, relatamos aqui somente três dos que foram. Como os dados obtidos nas oficinas apontavam aspectos importantes e que mereciam uma melhor apresentação, a orientadora sugeriu a apresentação de um novo capítulo, onde apresentamos as temáticas emergentes.

Embora os dados falem por si, pensamos que conseguimos realizar os objetivos propostos no projeto. Teço nas considerações finais uma avaliação mais especificada de todo o processo.

7 - SIGNIFICADOS EMERGENTES

Neste capítulo descrevemos os significados emergentes, os quais foram trabalhados. Inicialmente, enfocamos os significados relacionados ao processo de ser e viver doente e de ser e viver saudável. A seguir, descrevemos alguns significados ligados ao atendimento à saúde pela Instituição. Estes emergiram das oficinas em grupo e foram destacados em separado pela significação e destaque dado pelas participantes.

7.1 - PROCESSO DE SER E VIVER DOENTE

Este processo parece mostrar alguns aspectos comuns nos relatos das mulheres, bem como uma forma diferenciada de reagir frente às dificuldades vivenciadas durante o processo de estar doente, o qual tem início no diagnóstico. Este é um momento muito difícil na vida destas mulheres, pois aponta de início uma situação que parece ser intransponível. O desejo é o de sumir, de desaparecer, para não ter que vivenciar o que vem pela frente. Um momento de muita tristeza, que é acompanhado da ausência de significado na vida, como se tudo tivesse chegado ao fim.

Fiquei triste abatida, quando fui ao médico e fiquei sabendo do Linfoma, senti vontade de me enfiar num buraco. Estar doente não é nada bom, a gente se sente abatida, sem vontade de viver. Parece que o mundo desabou, que não tem mais sentido e que acabou tudo. Dá vontade de ir num buraco e não sair mais de lá (Rita – 23 anos).

Sentir-se doente parece ser um estado diferenciado do processo de viver destas mulheres, no qual o isolamento e a reflexão parecem ser companheiros constantes. Nestes momentos, algumas mulheres parecem querer compreender o que está acontecendo. Há um sentimento de que se precisa parar e pensar sobre o “por quê” da doença, sobre o que virá e sobre as possibilidades existentes em um futuro próximo. Um momento em que a tristeza e a depressão emergem com grande força. Algumas mulheres parecem escolher o isolamento para não preocupar os familiares, para poder chorar e desabafar suas tristezas. Neste sentido, o estar doente de câncer é vivido com desespero.

A depressão traz muita enfermidade, me fecho bastante para momentos de reflexão (Fernanda - 24 anos).

Quando eu me sento doente eu fico triste pensativa, gosto de ficar sozinha. Eu choro muito, não gosto de fala muito prefiro a solidão. Gosto muito de chorar sozinha no meu canto, não gosto de incomodar ninguém (Marina - 54 anos).

Quando estou doente fico muito aborrecida e triste. Fico muito pensativa (Mara - 71 anos).

Vejo a doença como os galho secos que não tem esperança de saúde, fico sem saber o que fazer, pensativa (Bruna).

Eu estou lutando pela saúde, as vezes fico chorando nervosa, aborrecida, da uma tristeza. Estou me sentindo sozinha como uma lagoa seca, vazia (Neli).

Doença é desespero, tristeza (Clara).

Viver o processo de estar com câncer implica em grandes mudanças no estilo de vida, como o de deixar de fazer as atividades rotineiras e de atender às necessidades da família. Contudo, o mais difícil é ter de afastar-se de seu ambiente natural para entrar em um ambiente estranho. Um ambiente onde a doença se constitui na situação compartilhada com outras mulheres, conferindo a elas um destino comum. Neste afastamento, a saudade de casa, da família, parece ser o sentimento mais forte.

Acostumada a trabalhar e não poder. Eu tive câncer no útero, fiz cirurgia, e agora estou fazendo a radioterapia e depois irei fazer a radio-moldagem e só depois irei embora. Estou com muito saudade de casa, não vejo a hora de voltar (Bruna).

A doença tem me entristecido porque tem me separado de minha família mais espero que Deus me de novamente a minha saúde de volta para que eu possa votar lutar pela vida. Meu marido me trocou por outra, me abandonou e tenho que terminar de criar minhas filhas (Ana).

A doença se constitui para muitas mulheres em uma violência contra a vida, a qual é acompanhada de outras violências, que como numa cadeia se constituem em elos que se compõem e se decompõem. No caso do câncer, esta violência é acompanhada de mutilações seja pela cirurgia, como no caso da mastectomia, da deformação facial pelo câncer de pele, e mesmo pelo tratamento raditerápico e cirúrgico que pode acarretar a impossibilidade de ter filhos. Outros tipos de violência são referidos como aqueles que afetam a auto-imagem, como o da perda de cabelos, e da falta de vitalidade e impossibilidade de continuar a cuidar de si própria.

Doença é sofrimento, violência, acidente, tristeza, pessoas precisando de ajuda, perda de parte de seu corpo. Isso é doença (Neci).

Doença são maus tratos, pessoas que sofrem, a violência que sufoca as pessoas (Mara).

Estar com câncer muitas vezes remete à própria morte. Uma situação que embora sendo existencial, ou seja, uma situação inerente ao processo de viver, parece inesperada. Uma situação não cogitada anteriormente e que é algumas vezes equiparada a um monstro. Esta situação é mais evidente para aquelas em que a cirurgia não é mais necessária, pois o câncer está muito adiantado. Por outro lado, a ocorrência de morte na família por câncer, pode levar a reminiscências do passado. Mesmo assim, ainda resta alguma esperança.

A tristeza e morte estão presente, coleí um cachão e tem um morto dentro. Fumava, larguei. Tenho um câncer no útero, não fiz cirurgia, mas espero que as aplicações de radio resolva (Neli).

Lembro-me de meu marido doente aborrecido, e morreu de câncer no esôfago. Eu tive câncer no seio, tirei a 4 meses foi difícil mas hoje me sinto melhor, agora estou fazendo a Radioterapia com vontade de ir para casa, meu filho veio me visitar sábado fiquei contente por isso (Mara).

Nem sempre este processo é vivido como derrota final. Há no relato de muitas mulheres a vontade de se curar, a qual é acompanhada de esperança. Esta parece ser um motor que as impulsionam para a frente, que lhes dão forças para continuar a lutar, a enfrentar as inúmeras dificuldades que acompanha o processo da doença. Esta esperança nem sempre é sustentada sozinha, mas pela fé em Deus e nos amigos. Os familiares e os amigos são fundamentais para que muitas delas superem esta fase. Falar sobre seus problemas ajuda a aliviar as tensões e angústias. Portanto, é preciso de alguém que se disponha a escutá-las e a dar conselhos. Mesmo para algumas que inicialmente se isolam para refletir sobre a vida, surge a necessidade de buscar em alguns momentos a companhia e a ajuda do outro. Quando internadas e distantes dos familiares e amigos, esta ajuda vem, muitas vezes, do pessoal de enfermagem e outras vezes das próprias companheiras que também vivenciam a doença.

Com 49 anos procurei um médico com miomas no útero, dando hemorragia, tirei o útero, depois apareceu tumor nos ovários, 8 cm de espessura. Operei no ano de 1996 e fiz quimioterapia, agora apareceu um nódulo no pescoço. Mas tenho que ser forte, pensar positivo, seguir em frente e lutar com garra. Graças a Deus eu estou aqui, o que passei não desejo para ninguém, não sentia minhas pernas do joelho para baixo, minhas mãos, o chão, as coisas a água, porque baixou a imunidade por causa da quimioterapia. (fica com a voz trêmula e chora). Quero sair daqui curada (Marina).

Eu me senti triste. Estou tentando me curar para ser uma pessoa feliz de novo. Preciso da ajuda do amigos (Clari).

Gosto de conversar sobre tudo, parece que conversando estou exorcizando as coisas ruins. Já passei da fase de me isolar, agora eu quero mais é estar em contato com muitas pessoas, viver. Me informar dos assuntos de minha saúde. Tive Linfoma mas já estou bem (Fernanda).

Então reuni meus amigos para pedir conselho e por causa do conselho deles hoje estou aqui mais alegre. Foi triste para mim, ter que vir para cá enfrentar sozinha, pois minha família não podia vir, mas tudo bem, aqui também tem pessoas que me ajudaram (Rita).

Este desenho fica como recordações de sua alma. Apesar da Doença eu me sinto feliz no meio de vocês todas (Ana).

Contudo, a esperança nem sempre parece ser acompanhada de estratégias para alcançar a meta que é comum a todas elas, ou seja, ficar curada. Poucas mostram curiosidade por novas formas de vida para curarem-se. Muitas parecem esperar que a sua cura venha de fora, ou seja do tratamento e dos remédios. Uma atitude passiva frente à própria vida e à situação vivenciada. Ainda não há uma atitude de que a saúde envolve mudanças de estilo de vida, de cuidado do ser. Deste modo, depoimentos que envolvem um maior compromisso com a saúde são raros no relato das mulheres.

A doença da alma, do espírito é a pior enfermidade que existe. Diga Não, este é o primeiro passo para simplifica a vida. Tenha sua mente sadia (Fernanda).

Estar doente implica muitas vezes na necessidade de tomar decisões. Nem sempre esta é uma tarefa fácil, pois estes momentos parecem ser acompanhados de dúvidas e incertezas. Para aquelas mulheres que têm uma crença em um ser superior, o momento de tomar decisões parece ser mais fácil. Deste modo, o cuidado da espiritualidade do ser parece se mostrar importante para a superação dos momentos difíceis da vida.

Eu tive câncer no intestino, o médico disse que eu teria que operar, meus vizinhos e amigos diziam para não operar, porque eles só iam abrir e fechar, eu só iria sofrer, Fiquei sem saber o que fazer, só me restava Deus, aí com muita fé, respirei fundo, fechei os olhos e pedi a Deus que me desse uma luz, me dissesse o que fazer, abri a bíblia em uma página qualquer e coloquei o dedo encima de um versículo, e lá dizia: Que os filisteus estavam em guerra, aí Moisés perguntou a Deus Senhor, devo lutar com os filisteus ou devo fugir, aí Deus respondeu a Moisés. – Lute e terás vitória. E assim fiquei mais confiante, tomei a decisão de fazer a cirurgia pois assim como Deus disse a Moisés, ele estava dizendo para mim. Fiz cirurgia no intestino e tive vitória, sobrevivi e só por isso que hoje estou aqui, já estou boa, uso a bolsa de colostomia mas isso é de menos, o que importa é que estou viva (Neci).

Apresentamos aqui alguns dos significados presentes nos relatos das mulheres acerca da doença, os quais estão relacionados ao processo da doença como sendo um momento de ausência de significado na vida, o qual acompanha o diagnóstico, de isolamento, reflexão, de afastamento do ambiente natural e de mudança de estilo de vida, de violência contra a vida, de proximidade com a morte, de luta e esperança, de necessidade do outro, de estabelecimento da cura como meta, e de fortalecimento da fé para a tomada de decisões.

7.2 - PROCESSO DE SER E VIVER SAUDÁVEL

Ser e viver saudável está, para as mulheres deste estudo, ligado à vitalidade e capacidade de agir. Estas características estão ligadas à infância e à juventude. Tal crença parece ser cultural, na medida em que é constantemente reforçada pelos meios de comunicação em nosso país. Esta comparação da saúde com a juventude acaba por acarretar o medo da velhice, a qual é equiparada à falta de vitalidade e à presença de invalidez e doença. Contudo, quando o ser é confrontado com alguma doença, tida muitas

vezes como incurável, o envelhecimento e a possibilidade de ver o desenvolvimento da família parece ser algo desejável.

Crianças quando estão com saúde estão brincando, pessoas com saúde podem trabalhar, por exemplo uma moça fazendo propaganda esta bem, muito bom (Neci).

Ser criança ou jovem é sinal de vitalidade, e por isso antes tinha medo de envelhecer, agora quero envelhecer, ver minha família crescer, dou muita importância a família e as raízes (Fernanda).

Um significado muito freqüente para a maioria das mulheres está relacionado à família, ao lar e aos amigos. Ser e viver saudável implica em ter uma família, em ter filhos e acompanhar o crescimento deles, em compartilhar os momentos com a família e os amigos. Neste sentido, a casa, o local onde esta se situa, adquire uma importância muito grande, principalmente quando se vêem obrigadas de lá se afastarem. Nestes momentos, a memória que guarda os registros de todos os momentos compartilhados parece ser ativada, trazendo a tona muitos momentos que gostam de compartilhar. Ser e viver saudável é para algumas, mais jovens, ainda poder ter mais filhos, dar continuidade à família.

Moro em São José do Serrito, local da onça, e perto da minha casa tem uma lagoa, arvores, galinhas. Tenho vontade de estar na minha casa, ir a igreja ver o pessoal de perto de casa, namorar o meu marido, reunir vários amigos para um almoço, lembrei da minha pia da minha cozinha, gosto de cozinhar. Sou católica, tenho 3 filhos e um deles é deficiente, gostaria de estar lá para cuidar, mas veio a doença e o médico me encaminhou para fazer o tratamento aqui, minha vida virou uma confusão na mesma ora, e não vejo a hora de acabar tudo (Neli).

A família reunida, marido, filhos e neto (Marina).

A saúde traz muita alegria para a pessoas da família. Me sentir bem junto da família sair passear aproveitar a natureza, é saúde. Ter a família unida meus 5 filhos, netos e noras (Mara).

Moro em Criciúma, lá no centro com um filho que mora em cima e eu moro em baixo, A outra filha mora em Porto Alegre. Para ter saúde é

preciso fazer como mostra a Santa Ceia pois Jesus que disse que todos nós somos da família (Neci).

Gostaria de estar em minha casa no sítio com meu esposo, minhas filhas e meus bichinhos (Ana).

Lembro de minha casa lá onde moro com minha família, em Jupira perto de São Lorenço. Ficar junto de meu marido e meus 5 filhos. Isto também é saúde (Bruna).

Tenho um filho de criação, mais ainda quero ter filhos meu mesmo (Rita)

Também é sinal que a gente tem muita saúde. É ter uma casa para a gente poder ficar. Isto é saúde para mim. Gosto da minha casa, ver o verde, cuidar das plantas, ajudar os outros, reunir os amigos e se sentir feliz (Rita).

Moro em Imbituba, a casa do porto onde chega os navios foi meu pai quem fez. A cidade tem tudo de bom para cuidar de nos do sítio. Tenho saudades de minha casa meus vizinhos, as vezes parece que vejo minha filha e meu marido chegando (Clara).

O processo de ser e viver saudável está, assim, ligado ao poder fazer aquilo que se gosta.

Um fazer que está relacionado a uma profissão e às atividades do lar. Esta percepção parece ser mais forte quando se deparam com a realidade de estar afastadas destas atividades cotidianas.

Sou costureira, tenho saudades de minha máquina, porque quando estou costurando esqueço do mundo e me sinto feliz. Quando eu tenho duvidas, me concentro e peço a Deus, e mentalizo a pessoa com o traje feito para depois passar para a costura, daí tiro medidas traço o molde, corto, coloco em prova, e termino a costura... é uma profissão legal, sinto-me realizada (Marina).

Lembro-me de minha cozinha, gosto de fazer doces e salgados (Marina).

Tenho saudade de levantar cedo para tratar dos bichinhos, me sinto feliz tratando os bichinhos, cuidando das plantas do jardim e do quintal (Bruna).

Outras atividades relacionadas a este processo referem-se ao poder se alimentar daquilo que mais gostam e que nem sempre podem fazer quando estão doentes. Uma comida que nem sempre por escolha é a do hospital. Poder estar em contato com a natureza parece ser importante. Deste modo, o nascer de um novo dia parece trazer com a natureza uma nova oportunidade, uma nova chance, bem como a possibilidade de ser saudável. Também poder assistir televisão aparece como uma das atividades relacionadas.

Poder comer uma comida caseira como gosto, com bastante carne de frango (Mara).

Ter saúde é se alimentar, comer bastante frutas (Clari).

Amor é vida, é saúde. O sol, a natureza é vida, eu agradeço a cada dia que nasce por estar viva, agradeço e reflito (Fernanda).

Gosto de sair e andar, ver a noite a lua cheia, as estrelas, as nuvens quando passam, olhar uma por uma. Gosto dos cantos dos pássaros parece que eles sempre tem algo a dizer, enfim toda a natureza é bonita, pois Deus deixou para nós (Marina).

Assistir na TV programas alegres (Mara).

Ser e viver saudável implica em ter uma crença religiosa. Nos depoimentos muitas vezes sofridos destas mulheres, a fé se constitui em força de vida, a qual é reforçada quando a saúde parece abalada. Um sentimento relatado é o amor, o qual é equacionado à vida e à saúde. Um sentimento que as liga aos outros no desejo de fazer amizades e de ser solidária.

Estar ligada na fé, a religiosidade representada pelo Papa (Mara).

Costumo ler e orar nas horas de folga, leio a Bíblia (Marina).

Ter saúde para mim, é poder ajudar os outros, fazer os amigos felizes porque assim eu me sinto feliz (Rita).

Amor é vida, é saúde (Fernanda).

Os significados mais freqüentes, relacionados ao processo de ser e viver saudável, referem-se a ter vitalidade e a poder agir, estar com a família e os amigos, poder desenvolver atividades profissionais e do lar, poder alimentar e estar em contato com a natureza, ter uma crença religiosa, fazer amigos e ajudar aos outros.

7.3- ATENDIMENTO À SAÚDE PELA INSTITUIÇÃO

Estes significados emergiram em uma reunião com as mulheres com câncer, na qual participou a enfermeira da Instituição. Esta reunião aconteceu porque na oficina anterior em que discutíamos sobre o processo saúde-doença, algumas mulheres fizeram depoimentos sobre o fato de estarem pagando a internação, mesmo sendo pelo SUS. Deste modo, a orientadora que estava presente ficou chocada com tais depoimentos e apontou como estratégia, um novo encontro para discutir sobre o atendimento à saúde pela Instituição. Este mesmo fato foi apresentado pela mesma em reunião com docentes e alunas/os da oitava fase para que providências cabíveis fossem avaliadas e encaminhadas à Chefia de Departamento. Passamos aqui a apresentar os significados que emergiram.

Muitas mulheres se pronunciaram acerca do atendimento na recepção, denunciando que elas são coagidas a pagar a consulta/internação pelo SUS. Mostram-se indignadas, pois sabem que não é correto. Contudo, para algumas este pagamento não foi requerido, deixando uma dúvida acerca dos critérios que a Instituição estabelece para cobrar de umas e não de outras.

Não sei acho que todo mundo percebeu isso. E a questão da cobrança de consulta, que infelizmente estão cobrando das pessoas do SUS, que não

pode, eles cobram como metade da consulta, mas isso aí é um absurdo, não existe isso, cobrar a metade da consulta do SUS (Fernanda).

Paguei 80 reais, vim encaminhada do CEPON, quando cheguei aqui disseram que eu tinha de pagar. As outras consultas eu não sei nem tenho condições de pagar eu ganho uma mixaria (Mara).

Eu não paguei nada, eu vim encaminhada do CEPON (Clara).

Destacam fatos presenciados, os quais são vistos por elas como um atendimento desumanizado às pessoas doentes. Atendimento dado, muitas vezes, por pessoas despreparadas para tal.

Até presenciei um fato, que chegou um senhor bem de idade, de outra cidade, não lembro qual, mas chegou ali e eles queriam cobrar consulta, até queriam cobrar 80 reais, aí ele assim – Não mas eu não tenho condições de pagar. – Ela assim: - Não então eu faço assim para o senhor, o senhor paga quarenta na próxima vez que o senhor vir mais o oitenta da próxima consulta. O senhor disse – não mas eu não tenho condições de pagar agora nem depois. Ela disse – Não o senhor precisa de tratamento se não o senhor vai morrer. Nisso ele já ia saindo na porta ela disse assim não o senhor vem aqui eu faço isso para o senhor, paga quarenta agora depois da um jeito e paga na próxima consulta. Ele assim eu não vou não posso. Ela repetiu. Não mas o senhor vai morrer. Ela repetiu, falou em morte umas 3 a 4 vezes. Eu achei um absurdo. No mesmo dia outra senhora que ia se internar, estava indecisa se ia internar ou não. Ela disse assim – Não se a senhora não fizer isso a senhora vai morrer. Isso é coisa que se diga em uma recepção a toda hora e a todo instante a um paciente que está ali já passando trabalho, que a doença não é fácil, todo mundo que convive sabe disso. Eu achei um absurdo, fiquei indignada. Falta um pouco de tática também (Fernanda).

Falta de amor também (Mara).

Já tá numa situação difícil passando por essa doença ainda mais ouvindo uma pessoa dizer que você vai morrer. É um absurdo. E isso tudo com as garotas da recepção, principalmente a de cabelo chanel (Fernanda).

Esta irregularidade no atendimento dado pela Instituição parece ser do conhecimento de pessoas de outras Instituições. Para algumas parece ser um fato natural, sendo que para outras é uma irregularidade que deve ser denunciada.

Paguei 80 reais, eu não tinha este dinheiro tive que emprestar do nosso motorista que veio dirigindo a ambulância. Eu vim de Ibirama, e fui e ele disse que eu teria que pagar a consulta, eu disse que não tinha dinheiro, então ele não faz a consulta se quiser a consulta tem de pagar 80 reais (Katia).

Quando eu sai do CEPON ele já me alertaram, se por um acaso eles aqui quisessem cobrar consulta, não paga vai e denuncia, pois tem pessoas que estavam vindo para cá e estavam cobrando a consulta. E ligaram para o CEPON reclamando, e eles não podem cobrar consulta. Quando eu cheguei aqui não cobraram, mas ela já me preveniu quando eu sai do CEPON (Fernanda).

Contudo, esta irregularidade não é generalizada, pois outras Instituições na área não pactuam com este procedimento.

Nunca tirei um centavo para pagar no CEPON, eles não cobram nada nem um remédio, exames, tomografia (Rita).

A maior parte das mulheres com câncer que recorrem à Instituição para se internarem para o tratamento requerido são de classe pobre, não podendo, portanto pagar a taxa exigida. Isto acarreta uma situação de estresse, pois sabem que precisam do tratamento e não podem atender ao exigido. Algumas se sentem coagidas a pagar e a se calar, pois não há muitas opções de serviços desta natureza e, por outro lado, sentem medo de serem penalizadas.

Eu não sou contra pagar, se para a gente ficar bem, só que no meu caso minha família é pobre e eu tive que parar de trabalhar, então a gente não ganha nada. Tendo de se virar com o pouco que os outros dão para gente. A assistente social, a secretaria ajuda mas tem que ter recibo. E se for assim se não pagar não é atendido. Fica sem pois o único lugar que tem radioterapia é aqui em Florianópolis. Não podendo pagar nunca mais vai ser atendida. Mas é a nossa vida que está em jogo, então somos obrigadas a pagar e ficar quieta para conseguir se recuperar, para poder voltar e trabalhar (Rita).

Eu vim de lá da minha cidade , e eles lá na prefeitura disseram que não teria de pagar era só chegar e consultar, chegamos aqui elas disseram que teria de pagar os 80 reais, meu marido disse que não vou pagar eu vim de lá com o papel na mão, a gente não tem condições de pagar, aí então o quarenta. Tudo bem ou vou pagar mas eu quero o recibo, ela disse que não o recibo elas não podem dar, não então não vamos pagar. Aí ficamos lá um pouco, daí ela disse que dava uma declaração, nos pagamos e ela fez a declaração. Só que daí eu levei na prefeitura lá da minha cidade eles disseram que não vale. Eles exigem é o recibo para poder ajudar. A declaração não tem valor nenhum. E agora no retorno também eles falaram que tem que pagar 80 reais.

DECLARAÇÃO – Declaro para os devidos fins, que a paciente XXX pagou a taxa de 40 reais referente a consulta médica de Radioterapia. Firmamos verdade acima. Hospital de Caridade serviço de Radioterapia (Claudia).

Eu tenho o recibo, paguei 80 reais, está tudo junto com os exames, ainda minha irmã disse guarde bem o recibo para comprovar que você pagou os 80 reais (Mara).

O quarenta eles dizem que é a metade da consulta do SUS, mas com certeza eles ganham a consulta do SUS (Fernanda).

Em suas falas, as mulheres demonstram uma atenção para os acontecimentos na Instituição. Parecem atentas às ocorrências e intercorrências, principalmente para aquelas que se constituem em violência ao ser humano. Deste modo, fica evidente que locais de atendimento à saúde podem se converterem em locais de violência. Este fato nos mostra a necessidade urgente de reformulação dos padrões de atendimento à população por parte das Instituições.

A única coisa que eu acho que deixa a desejar é a recepção lá da radioterapia e os médicos, que alguns não olham muito o lado humano da pessoa ou do paciente, tudo muito técnico (Fernanda).

Eu não posso reclamar pois lá dentro da rádio estou sendo bem atendida (Clara).

Não dentro do setor de radioterapia eu acho muito bom, elas são muito atenciosas, o pessoal que trabalha lá dentro eu não tenho nada a reclamar. Somente o pessoal da recepção (Fernanda).

Acho que outra questão é também da demora ali no atendimento, eles chamam várias pessoas aqui para fazer a radio ao mesmo tempo, chegam lá ficam várias horas esperando, até as vózinhas que não podem ficar lá ficam várias horas lá esperando. Eu acho um absurdo tem pessoas chegam a ficar 4 horas na espera. Porque que chamam tudo numa vez só e ficam lá esperando. E tem o pessoal de fora que eu não sei se é particular o que é só que vão botando na frente (Fernanda).

Ontem foi um paciente que estava internado, aí ele quase não enxerga e quase não consegue caminhar, a gente tem que levar ele para a radio, aí ontem eles chamaram umas 2 hora antes do café, para ir para lá, e eu me chamaram eram 5 horas, eu fui e ainda voltei antes dele, ele ficou a tarde toda lá sem comer, e não tinha nem um carro para trazer ele para cá, aí 2 homens pegaram cada um em um lado dele e ele veio caminhando, demoraram meia hora para chegar aqui, ele chegou aqui quase chorando de fome pois ficou a tarde toda lá, e chegou aqui acho que era umas 7:30 h da noite. Além de ter algum problema na garganta pois ele não fala também. E enxerga só um pouquinho (Rita).

Outra também ficou lá gemendo com dor e ficou esperando e só chamaram depois de muito tempo que ele estava ali com bastante dor (Fernanda).

Algumas mulheres apontam estratégias para melhorar o atendimento, evidenciando a preocupação com o serviço de saúde. Deste modo, avaliações se tornam necessárias para a busca de estratégias de melhoria do atendimento, as quais deveriam incluir a clientela que frequenta estes serviços.

Eu acho assim que estes pacientes que são assim mais ruins eles devem chamar e atender na hora (Rita).

Eles deveriam reservar umas duas horas se precisasse para pegar essas pessoas mais ruins, ir lá fazer e já voltar. Porque eu não me importo de ficar esperando, pois eu não sinto nada, não tem problema esperas. Mas esses que não estão bem se ficar aqui e quiser deitar eles deitam, lá não tem nada, só cadeira e quando não tem nada tem de ficar de pé (Fernanda).

Um fato presente em muitos depoimentos refere-se à falta de comunicação do médico acerca dos problemas de saúde. A falta de comunicação é vista como uma violência,

que gera angústias e estresse. Há por parte de muitas das mulheres a verbalização de quererem saber com detalhes o que está acontecendo com elas, quais procedimentos serão necessárias e como são estes procedimentos.

Quanto a isso não tem muito que reclamar, porque eu fico toda hora perguntando as coisas, para o Dr. Xxxx. Só que a gente vê o atendimento dos outros, muitas pacientes aqui que reclamam porque eles não dão muita atenção não explicam (Fernanda).

No meu caso ele não explica muito, até ontem ele me deu um choque, mas se é assim como ele fala para mim esta tudo bem, só que eu acho que ele deveria ter dito: o assunto é assim, como é que funciona, porque que vou fazer isso depois. Não, ele só avisou – eu vou fazer isso porque tem que fazer. Mas tem que fazer daí a gente não sabe daí fica ali se perguntando, perguntando para as amigas para ver como é que funciona o caso, eu acho que ele deveria ter explicado – Olha o teu caso é assim, vai ter que fazer isso, isso e isso. Ele só diz que tem que fazer e tudo bem! Por isso que eu tenho que achar uma outra pessoa para saber como funciona. Para não fazer alguma coisa que... , não é que ele não saiba, pois são médicos, têm que saber, mas afinal é a saúde da gente e eu fico preocupada (Rita).

Muitas informações são contraditórias entre os médicos, mostrando uma comunicação inter-profissionais sem continuidade e geradora de dúvidas. Por outro lado, ao vivenciarem o tratamento em diferentes Instituições, elas fazem comparações e apontam diferenças.

É antes de vir aqui eu me tratei no CEPON, forem 7 meses de tratamento, com 4 médicas, todo mundo estavam toda hora em cima, toda hora eram 2 ou 3 tipos de exames, tomografias e um monte de coisa, cheguei a fazer tomografia do corpo todo para ver se tinha alguma coisa, mas a única coisa que acusou foi que tinha aqui no pescoço, aí chega aqui um médico simplesmente diz que eu vou Ter que tratar mais em baixo também, aí eu fiquei assim, porque... (Rita).

É absurdo ele disse que tem que fazer uma radiação no útero só para prevenir, eu não sei porque nos estávamos conversando e meu caso é o mesmo dela até maior que o dela mais grave pois é acima do coração e já conversei com minha médica do CEPON e não existe isso, ela fez tomografia e biópsia de útero e não deu nada. Mas o interessante que a

semana passada ele falou para ela que era só em cima que não atinge a parte de baixo e assim ela vai poder ter filho, e hoje simplesmente ele disse que vai fazer no útero para prevenir e que ela não vai poder ter mais filho sem fazer algum exame, nada. Então ele mudou de opinião assim sem mais nem menos é uma coisa estranha (Fernanda).

Porque as coisas que eu trouxe aqui para o meu médico ver, do meu problema foi os testes que eu fiz lá no CEPON, e 10 dias que eu estou aqui ele já diz que eu tenho que fazer para baixo, e 7 meses de tratamento lá com um monte de exame que fiz deu que eu não tenho nada, será que agora iria ter? Até ontem de noite eu fui deitar cedo e fiquei pensando será que eu tenho alguma coisa? Será que a médica lá me escondeu alguma coisa e este está me falando, eu fico assim sem saber o que pensar, o que fazer. Nesse caso eu vou ter que fazer 20 aplicações, depois ficar uns dias em casa e depois voltar para fazer mais outras aí eu fiquei preocupada será que tenho alguma coisa? Mas para mim o importante eu ficar boa o resto é resto. Só que se fica preocupada (Rita).

Lá no CEPON pode ser demorado o tratamento, só que lá elas explicavam, lá eu nunca paguei nada, a gente entrava num consultório, se precisava ficar lá dentro falando com a médica, podia ficar ela não tinha pressa para atender, a gente sentava na cadeira ela começava, perguntando se tem alguma reclamação ou tudo que tiver vai falando, então tudo o que a gente tinha ia falando, aqui é diferente, eles não tem tempo não explicam, e ficamos sem saber das coisas é isso que deixa a gente mais preocupada. E atenção é muito pouco ele só chegam no quarto de longe e perguntam se está tudo bem, e saem. Como ontem ele não me explicou só disse que tinha de tratar (Rita).

Com relação ao atendimento por parte da enfermagem não houve reclamações. Elas afirmam estarem gostando do cuidado recebido. Descrevem um cuidado que extrapola o biológico, para incluir o psicológico. Este cuidado, que deve ser de qualidade, é tido como necessário, pois estão longe de seu ambiente natural e de suas famílias, e vivenciando um momento difícil em suas vidas.

Questão de enfermagem aqui no anexo, não tenho nada a clamar porque a gente convive e conversa com todo mundo, é ótimo na enfermagem aqui tudo bem (Fernanda).

Aqui das enfermeira a gente é sempre bem cuidada bem tratada (Marina).

Aqui somos bem tratada, acho que falar mal daqui, sei lá, para mim não é uma pessoa que não sabe dar valor as coisas. Aqui tem tudo. As enfermeiras também quando vêm a gente triste vem para conversar, brincam com a gente as vezes contam até piada para fazer a gente rir, para passar o tempo (Marina).

Estando longe da família da gente não é fácil (Clara).

A gente esta aqui mas a preocupação está em casa, não falta nada aqui (Mara).

Com base no exposto, fica evidente que o serviço de atendimento às mulheres com câncer necessita de reformulações urgentes. Um local que deveria ser melhor estruturado, com profissionais qualificados e preparados para atender esta clientela deveria ser uma meta desta Instituição. É inadmissível que um local que deveria preocupar-se com um atendimento humanizado e de qualidade ao ser doente, possa se constituir em local onde a violência é vivida no cotidiano, sem que nada seja feito para mudar. Estas violências, nem sempre são denunciadas pela clientela que se vê coagida a vivenciá-las para poderem buscar um atendimento e obter a cura. Ficam aqui registradas as vozes destas mulheres, enquanto denúncias que devem ser ouvidas, na esperança de que em um futuro próximo, elas possam fazer parte somente de registros do passado. Um período em que o descaso e a desumanização ainda é a tônica do cuidado à saúde, por parte de serviços de saúde.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse momento da trajetória não poderíamos deixar de parar e refletir sobre todo o processo vivido. Estão bem presentes em nossas memória as construções, os progressos, as dificuldades e, principalmente os grandes limites que ainda estão presentes na expressão do ser. Pensamos que não é por acaso que escolhemos determinados caminhos para trilhar, nem é por acaso que nos deparamos com determinadas pessoas e temos por um período uma caminhada em conjunto, na qual aprendemos umas com as outras.

A escolha de uma profissão de cuidado é cheia de percalços e nem sempre estamos preparadas para desempenhar com eficiência o que nos propomos. Nesta profissão é fundamental o cuidado de si, para poder cuidar do outro, pois caso contrário não estaremos preparadas para tal. Esta reflexão nos remete à necessidade que tenhamos de investir mais no cuidado de nosso ser.

Vejo que não é simples por em prática o que planejamos, pois quando passamos um projeto para o papel, parece-nos muito bonito teoricamente, um tanto simples, mas não temos a real idéia dos obstáculos que encontraremos neste empreendimento. São muitas as expectativas quando se cuida do ser humano, um ser tão complexo, com sua história, suas potencialidades e dificuldades. Quando consideramos o cuidado como uma construção conjunta é importante ter em mente o que o ser a ser cuidado traz para o encontro, como também o que nós cuidadores trazemos, pois muito é requerido de ambos.

Neste momento, estamos muito conscientes da complexidade do referencial teórico que escolhemos. Agora sabemos que ele requer uma visão mais abrangente do cuidador, bem como um preparo que engloba várias áreas do conhecimento. Requer, acima de tudo, o cuidado intensivo de nós mesmas. Pensamos que diante de nossas limitações pudemos colocá-lo em prática. Contudo, temos que aprofundar nossos estudos e o auto-cuidado, enquanto ser que necessitamos aprofundar o auto-conhecimento.

Cuidar das mulheres, através deste referencial, fez-nos ver esta necessidade. Com cada uma pudemos perceber a necessidade de investir na auto-estima, a aprender a nos amar e nos valorizar mais. Precisamos ter bem claro os sonhos e lutar para realizá-los. Também precisamos aprender a investir na felicidade, buscando transformar a forma de expressar-se no mundo. Estas são transformações ainda necessárias e que temos consciência, para poder posicionarmos de forma mais atuante e crítica no mundo.

Deste modo, este processo fez-nos refletir sobre a nossa vida. Para muitas é necessário uma grande dificuldade para tomarem consciência da necessidade de cuidar mais de si mesmas. Contudo, quando temos esta consciência podemos mudar nossas vidas, por amor e não pela dor.

Isto é na verdade o processo de morte-renascimento de que Silva fala. Auxiliar no processo de morte-renascimento do outro requer que nos engajemos no nosso próprio processo. Esta metodologia foi desenvolvida com as mulheres com quem trabalhei. Sabemos que não pudemos aprofundá-la como deveria. Contudo, esta é uma primeira tentativa, que procuramos aprofundar no decorrer da vida profissional.

A estratégia de utilizar a metodologia em grupo e individual, como fizeram Silva e Monteiro (1999), contribuiu para a efetivação dos objetivos na prática. Apesar das clientes não demonstrarem constrangimento em falar e se posicionar em grupo, os trabalhos

individuais contribuiu para aprofundar e trabalhar certos aspectos mais específicos. Penso que a dinâmica das oficinas também foi um aspecto positivo do processo de cuidado. Através das mandalas, as mulheres puderam expressar com mais facilidade seus sentimentos e situações vividas, colocando situações que talvez não o fizessem só com o diálogo. Este fato tornou possível uma reflexão mais aprofundada. As avaliações acerca das visualizações refletiram sua eficácia, através do relaxamento e bem-estar, tornando-as mais receptivas à execução das mandalas. Compartilhamos muitos momentos agradáveis juntas e sei que crescemos também. Talvez, agora não possamos ter a real compreensão das transformações que juntas efetivamos. O espaço para a reflexão foi muito importante, no qual procurei ajudá-las de algum modo. Posso não ter feito da forma ideal, mas fiz da melhor forma que fui capaz.

Neste processo, as mulheres encontraram um espaço para sua criatividade, para falar de suas dúvidas e angústias, medos e problemas. Deste modo, foi criado um laboratório de vivências e de denúncias. O clima favoreceu para que muitas delas expusessem a sua insatisfação com o atendimento recebido. Assim, muitas denúncias compõem o corpo deste trabalho. Pudemos compreender um pouco mais a suas experiências sofridas com o processo da doença, suas histórias que revelam mulheres com coragem e determinação, necessitando, muitas vezes, de uma facilitadora para tornar mais visível suas necessidades e ajudá-las a tomar decisões em suas vidas para um viver mais feliz. Infelizmente, os profissionais de enfermagem se atém muito à técnica, deixando todo um espaço de reflexão e construção com os seres de que cuidam. Muitas vezes, este cuidado é descontextualizado, pois nem mesmo encontram tempo para conhecerem as histórias daqueles seres de que cuidam. Temos muito que avançar na enfermagem, para alcançarmos um cuidado integral e de qualidade.

Durante o estágio tivemos também a oportunidade de aperfeiçoarmos algumas técnicas de enfermagem e conhecer procedimentos ligados à esta área específica, os quais o curso não proporcionou.

Esta experiência foi muito importante em nossa vida de estudante, sei que jamais iremos esquecê-la. Ao cuidar destas mulheres também nos sentimos cuidadas, pois nos levou a refletir sobre a própria vida e necessidades de transformação. Ressalto aqui o acompanhamento atento da supervisora, com quem pudemos dialogar e expressar muitas das dúvidas e encontrar apoio quando sentíamos perdidas. Também é de grande valor a ajuda da orientadora, que desde a fase de elaboração do projeto, nos acompanhou, e incentivou e, algumas vezes, cobrou uma atitude mais ativa. Este acompanhamento se deu também em certos dias do estágio, ajudando-nos na elaboração das mandalas e corrigindo os escritos, face a dificuldade que ainda tenho de expressar por escrito as idéias. Aprendemos muito com ambas e também com os profissionais da equipe de enfermagem e com cada uma das mulheres com quem trabalhamos. Deste modo, este trabalho é o resultado de uma construção coletiva, na qual todos contribuíram de formas específicas para que se tornasse uma realidade.

9 – CRONOGRAMA

DATA		HORÁRIO	ATIVIDADES
12/04/99 26/04/99	A	Das 07:00 às 17:00 hs.	Elaboração do projeto.
27/04/99		Até às 12:00 hs	Entrega do projeto a banca examinadora.
29/04/99		Das 09:00 às 12:00 hs.	Entrevista com a Banca examinadora.
30/04/99		Das 14:00 às 18:00 hs.	Apresentação do projeto.
03/05/99 07/07/99	a	Das 07:00 às 13:00 hs.	Prática assistencial de enfermagem incluindo: ■ Cuidados integrais a mulher com câncer; ■ Visualização criativa em conjunto com musicoterapia. ■ Construção de Mandalas.
08/07/99 25/07/99	a	Das 07:00 às 17:00 hs.	Elaboração do relatório.
28/07/99		Até às 12:00 hs	Entrega do relatório (1ª versão).
30/07/99		09: 00Hs	Entrevistas com as bancas examinadoras.
29 e 30/07/99		Das 14:00 às 17:30 hs.	Apresentação dos relatórios.
06/08/99		Até às 12:00 hs.	Entrega do relatório final.

10 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAMBERT, Zuleika. A mensageira: uma contribuição feminista. Revista literária dedicada a mulher brasileira. São Paulo: Fac-simili, v. 1,1987.
- ANDREOLI, Tomas E., CARPETER, Charles C.J., PLUM, Fred, Smith, Lloyd H. Jr. CECIL Medicina Interna Básica. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, RJ 1986.
- BARSTED, Leite L., ALVES, Branca M. Novos padrões e velhas instituições feminismo e família no Brasil. In: RIHBEIRO, I. (org.). Família e valores. São Paulo: EPU, EDUSP, 1979.
- BEYER, M, DUDAS, S. Enfermagem médico cirúrgica: Tratado de prática clínica. Tradução por Fernando Diniz Mundim, et al. v. 1,2 ed., Rio de Janeiro Guanabara, Tradução de clinical of praatice of medical-surgical nursing, 1989.
- BRENNAN, Barbara ann. Mãos de luz. São Paulo: Pensamento, 1987.
- BRUNNER, Lilian Sholtis, SUDDART, Doris, Smith. Enfermagem médico-cirúrgica. Trad. Andre Luís de Souza Melgaço et. Al. v. 1. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 1994. 2v Tradução de Test. Book of medical-surgical nursing.
- COR, Fundação Centro de Oncologia Radioterapia do RGS, Carcinoma da Mama, Ratores de Risco e aconselhamento. Categorical Dour, Americam Society, for Teherapeutic Radiology and Oncology, Miami Fla. 1995.

- COSTA, Analice. O feminismo “feminino” e a esquerda no Brasil. Caderno de NEIM. Salvador, n. 2, 1984.
- DETHLEFSEN, Thorwald, DAHLKE, Rudiger. A doença como caminho. São Paulo: Cultrix Ltda, 1983.
- EPSTEIN, Gerald. Imagens que curam: Guia completo para a terapia pela imagem. Trad. Celia Szterenfeld. Rio de Janeiro: Ed. Xenon, 1990.
- FAWCETT, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995.
- GAWAIN, Shakti. Visualização criativa. Trad. Paulo César de Oliveira. São Paulo: Ed. Pensamento, 1978.
- GUELLER, Rodolfo F. Grande tratado de enfermagem. 3ª ed. Santos – Maltese, São Paulo, 1990.
- GERBER, Richard. Medicina vibracional: uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix Ltda, 1988.
- KERGOAT, Daniele. Relações sociais de sexo e divisão social do trabalho. In: LOPES, M. J. M, et al. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. P. 19-27.
- LE SHAN, Lawrence, O câncer como ponto de mutação. Tradução de Denise Bolanho; revisão técnica e Ruthe Reveca Rejtman. São Paulo: Sumus, 1992.
- MEDCAL, News. Câncer de mama: um sério problema para a saúde. P. 38 – 40, Câncer. 1991.
- PICOLO, João, Indicação do tratamento complementar no câncer da mama. Revista Oficial do Hospital Mário Kroeff / ABAC – Câncer, vol. 2 Nº 2. p. 77 e 81.

SABETTI, Stephano. O princípio da totalidade: uma análise do processo da energia vital. Trad. Zilda Schild. São Paulo: Summus, 1991. ✓

SASSO, Grace. T. M. D. A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1994.

SILVA, Alcione L. da. O Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente. Pelotas – Florianópolis: UFPEL, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFES, 1997. ✓

SILVA, Alcione L. da. A música no processo de cuidado de clientes com síndrome neurológica, decorrente da AIDS. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 46, n. 2, p. 107-116, 1993.

SILVA, Ana Paula Stelmach da, MONTEIRO, Mara Lúcia. O cuidado no processo de ser e viver da mulher com câncer. Florianópolis: UFSC, 1999. Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem – UFSC, 1999. ✓

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Trad. Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984. ✓

[http:// sites.mpc.com.br/andre.sasse/linfoma.htm](http://sites.mpc.com.br/andre.sasse/linfoma.htm) - 20/05/99 Página da W

[http:// sites.mpc.com.br/andre.sasse/câncer.htm](http://sites.mpc.com.br/andre.sasse/câncer.htm) - 20/05/99 Página da W

11 - ANEXOS

PRIMEIRA OFICINA

EXPRESSÃO DO SER





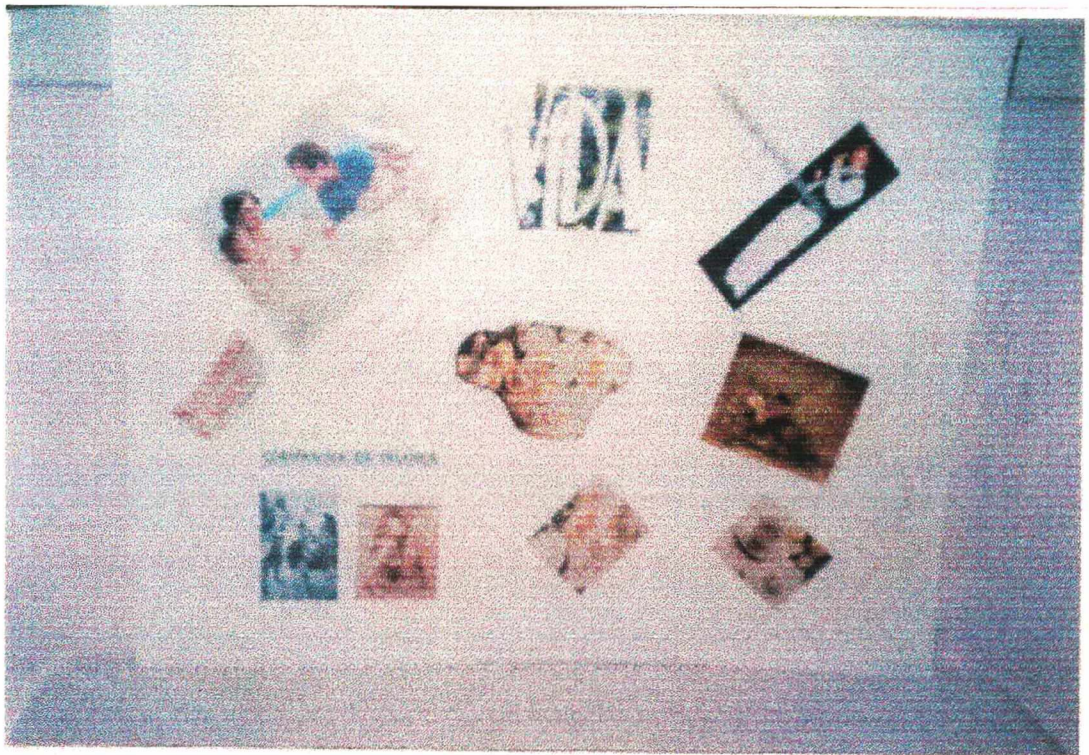
SEGUNDA OFICINA

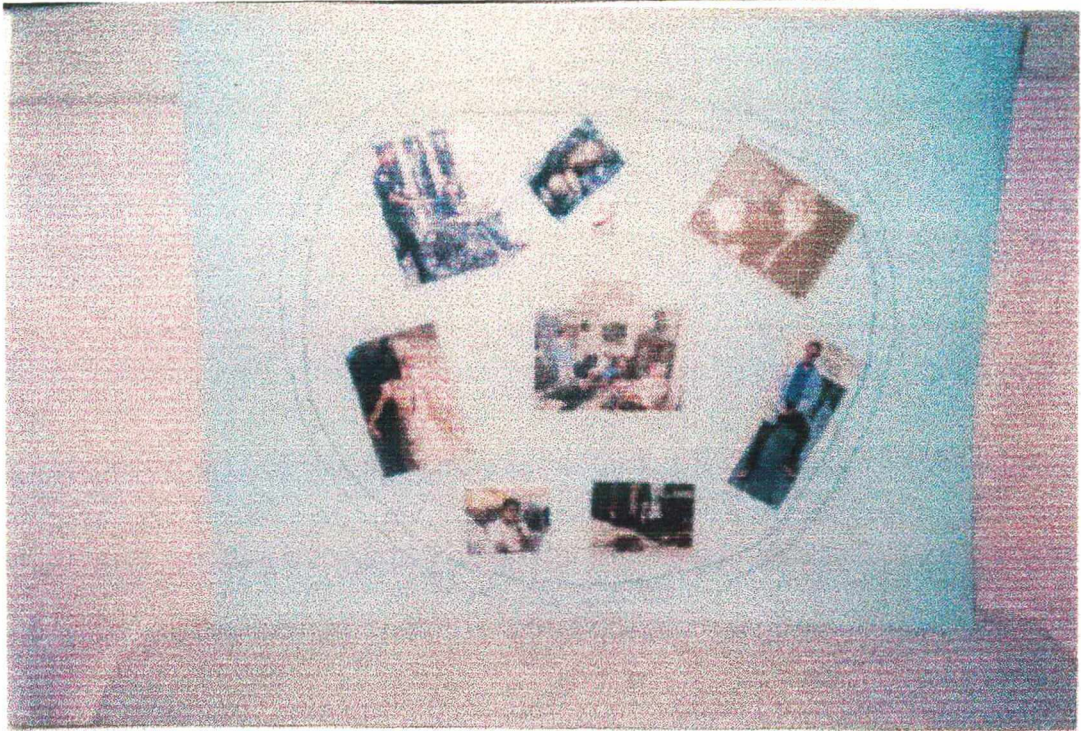
PROCESSO DE SER E VIVER

DOENTE/SAUDÁVEL

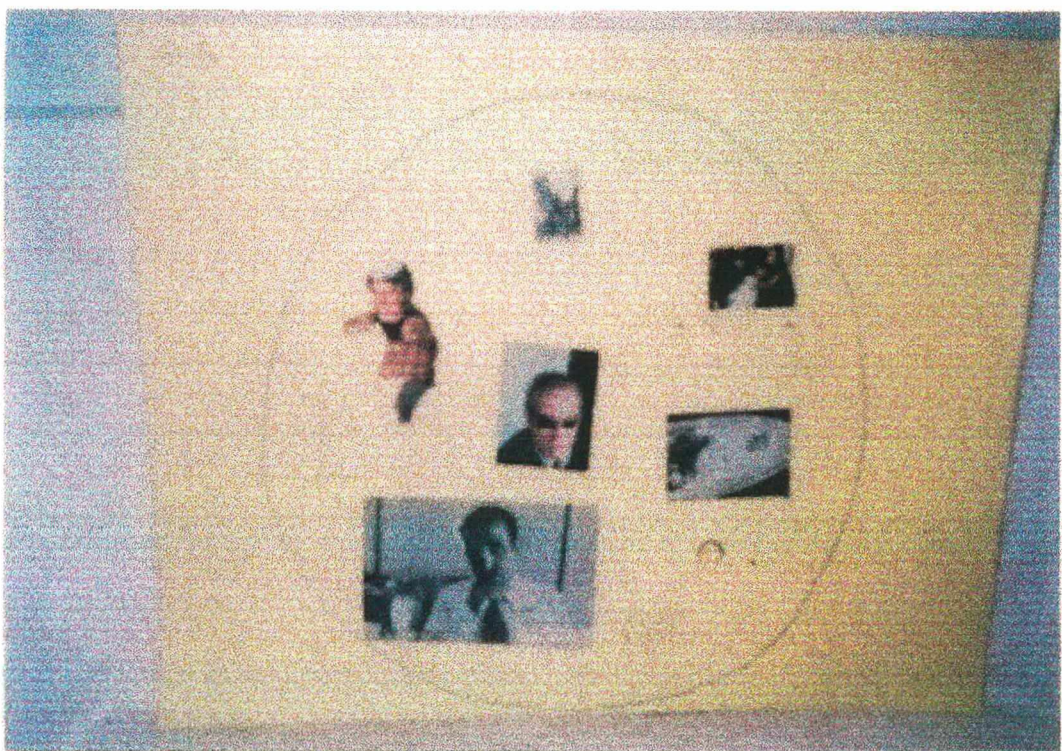


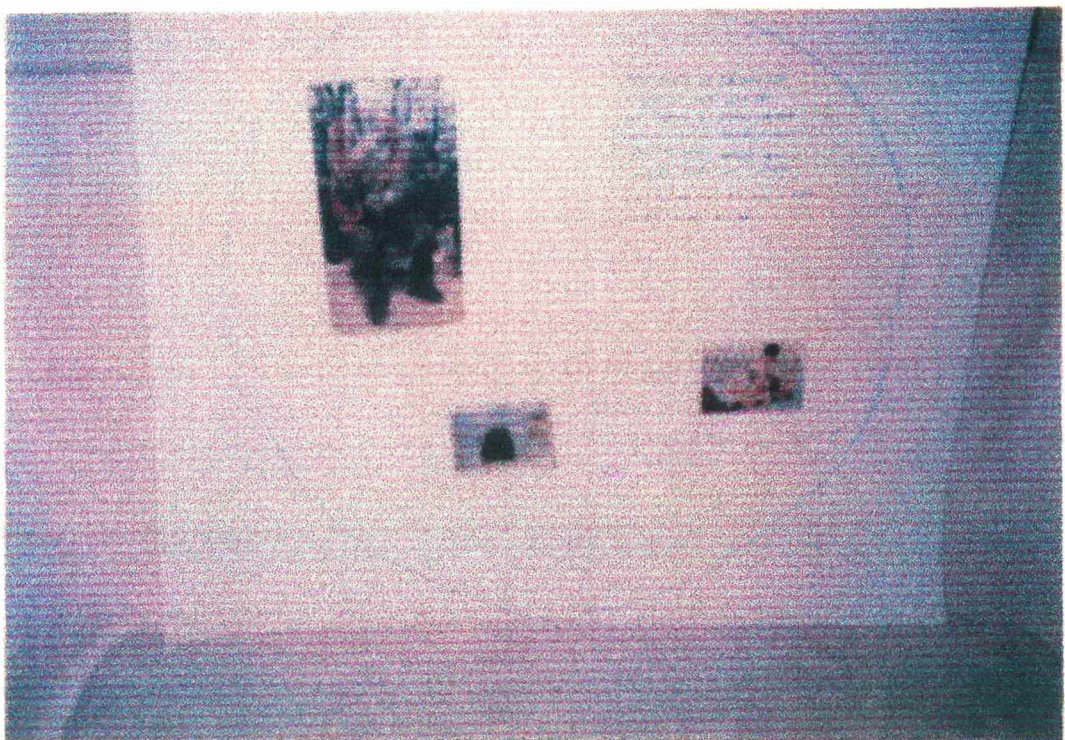
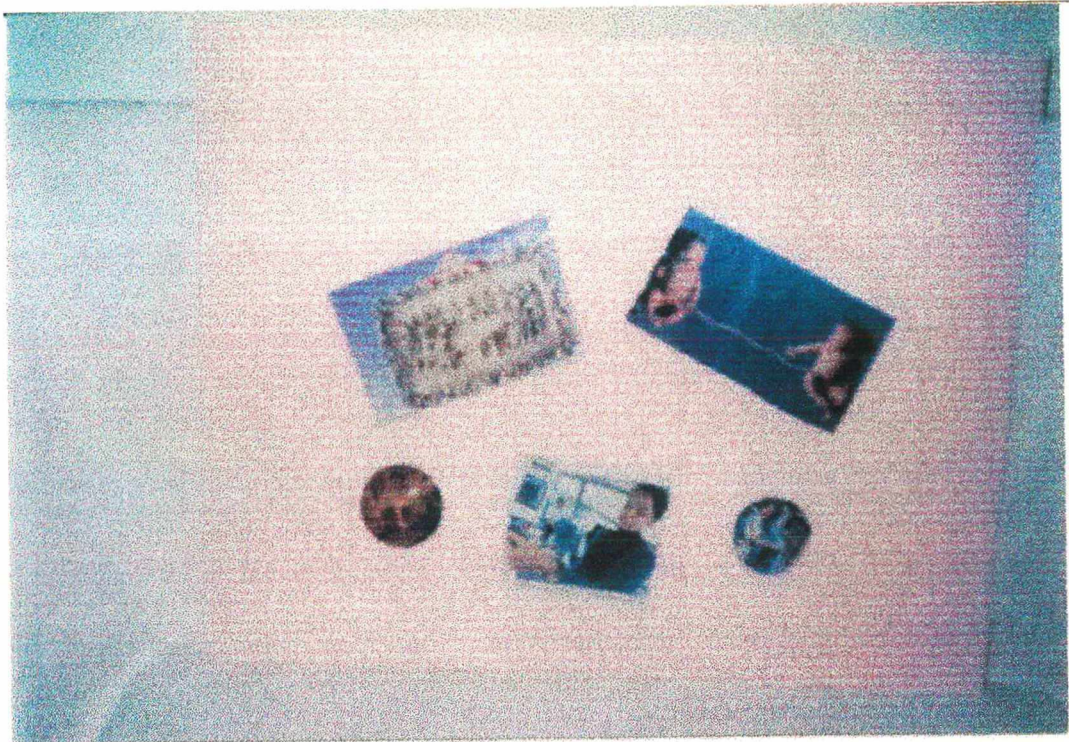


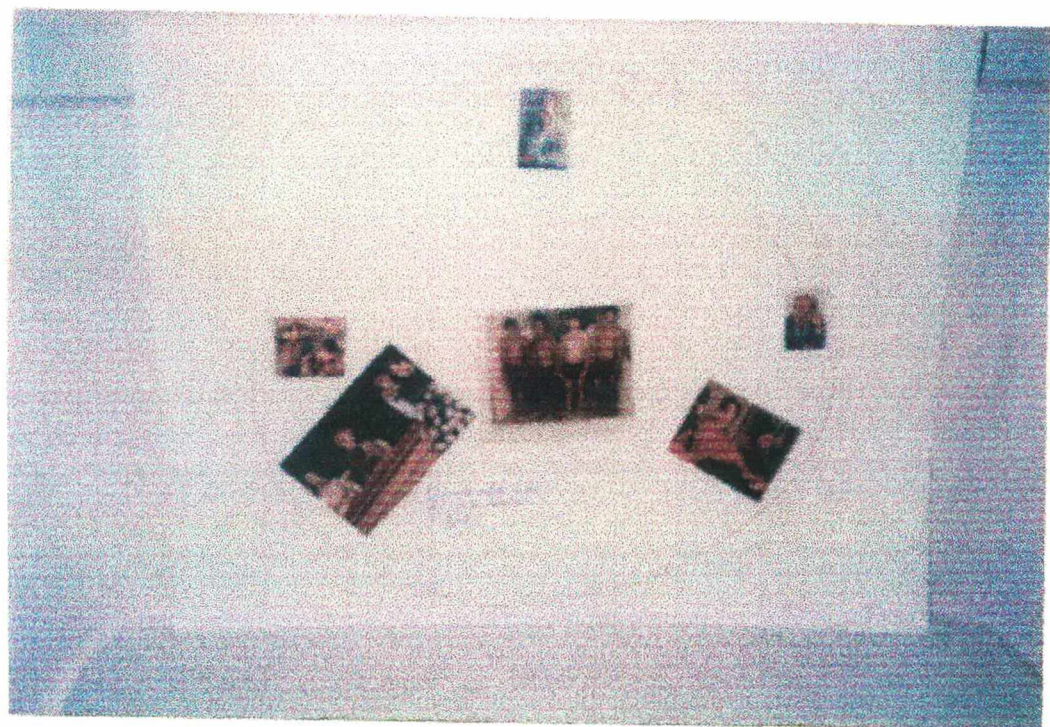








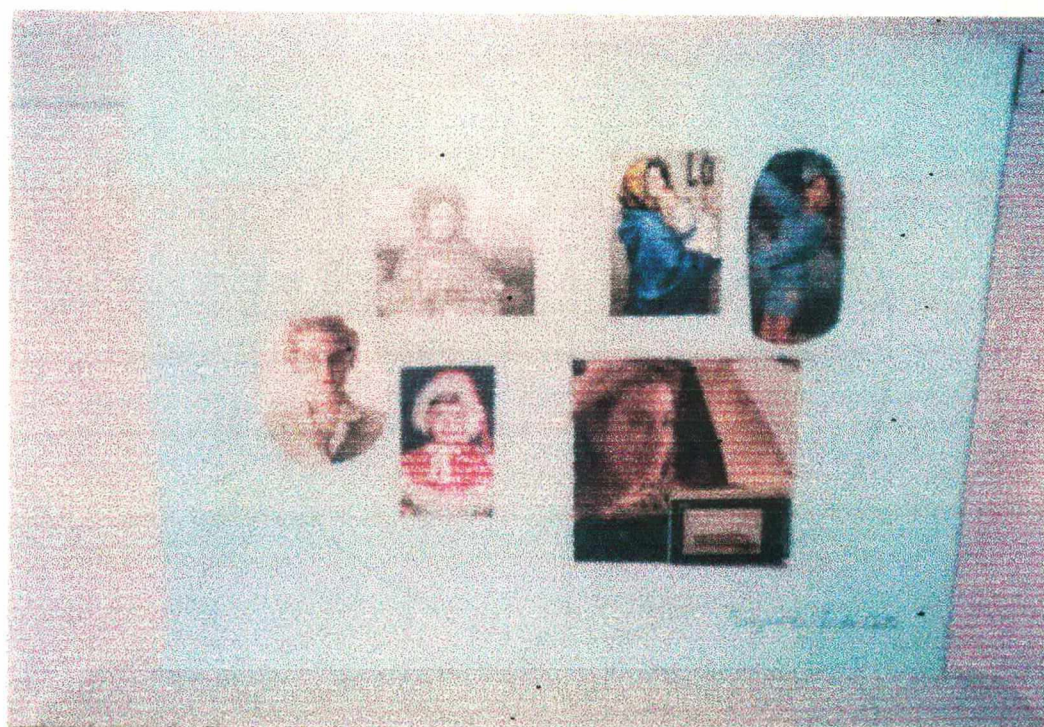
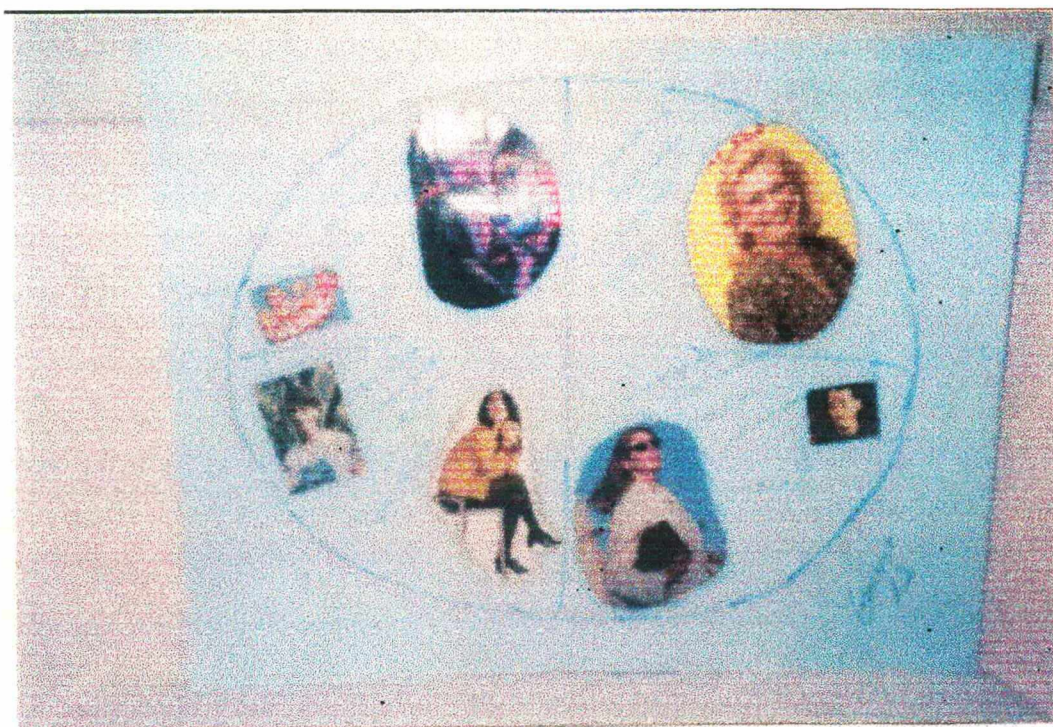






QUINTA OFICINA


OS SIGNIFICADOS DO PROCESSO DE VIVER NA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA, VIDA ADULTA, E NA VELHICE



PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O RELATÓRIO

O trabalho apresenta uma abordagem inovadora de cuidado, buscando visualizar o ser de forma integral e indissociável de seu meio ambiente. Ao eleger o Cuidado Transdimensional como referencial teórico, Leoni enfrentou o desafio de avançar em sua compreensão e prática do cuidado a mulheres com câncer. Em sua prática, Leoni busca a complementaridade de tecnologias ainda pouco usadas pela enfermagem, tais como musicoterapia, visualização criativa e mandalas. Cuidando de mulheres em grupo e individualmente, ela cria um espaço potencial para a reflexão e transformação dos seres envolvidos no cuidado, um espaço para a morte-renascimento. Neste sentido, oportuniza um diálogo aberto, com intimidade e confiança, no qual denúncias se apresentam, mostrando um atendimento a estas mulheres, cheio de lacunas e pouco humanizado. O resultado é um trabalho esteticamente apresentado, cheio de detalhes e agradável à leitura, que oferece grandes contribuições a enfermagem. Deste modo, parabenizamos a autora pela coragem e pela criatividade de buscar ressignificar o processo de ser e viver destas mulheres com câncer.

Data: 02/08/1999


Assinatura